

89113- 059-05

## **CARACTERÍSTICAS, EFICIENCIA Y EFICACIA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA**

*Elaboró: [Elver Jesús Lemus Varela]*

*[Santos Germán Lambuley García]*

*[Carlos Iván Rodríguez Melo]*

*Fecha: [1 de Agosto de 2012]*

*Ubicación final: [scdef065/docudes/2012/liberados/Sistema de Salud Fuerza Pública 2012]*

*Revisión # 1: [Pascual Uribe Martínez]*

*Fecha de la revisión: [Septiembre 14 de 2012]*

*Revisión # 2: [Pascual Uribe Martínez]*

*Fecha de la revisión: [Noviembre 30 de 2012]*

### **1. INTRODUCCIÓN**

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP)<sup>1</sup> constituye un régimen especial respecto del Sistema Integral de Seguridad Social de acuerdo con lo establecido por el Art. 279 de la Ley 100 de 1993, y las normas reglamentarias posteriores como el Decreto 1301 de 1994 y la Ley 352 de 1997. Su condición excepcional determina planes de beneficios que garantizan cubrimientos adicionales a los previstos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual los costos globales de los servicios ofrecidos son superiores a los contenidos en el POS del SGSSS<sup>2</sup>.

La salud, componente de la seguridad social, es un derecho irrenunciable, y hace parte de los derechos sociales, económicos y culturales contemplados en la Carta Magna; no obstante, en concordancia con la doctrina de la Corte Constitucional, ha sido extendida a la condición de derecho fundamental. Para el caso de la Fuerza Pública se les reconoce a sus integrantes el riesgo en el que incurren por la naturaleza de su misión y el sentido estratégico de la misma.

El presente estudio centra su atención en la evolución del Sistema de Salud de la Fuerza Pública durante los últimos diez años, haciendo un análisis de su normatividad, su capacidad instalada, el funcionamiento de sus servicios, la evaluación del gasto en términos presupuestales y los resultados más relevantes de la gestión.

---

<sup>1</sup> También denominado como Sistema de Sanidad Militar y de Policía SSMP.

<sup>2</sup> Sistema General de Seguridad Social en Salud

## **2 ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud fue creado por Ley 100 de 1993, estructurado para operar en el ámbito nacional, departamental y municipal e integrado funcionalmente por los subsectores público y privado, sector este último a quien el Estado gira los recursos correspondientes a la Unidad por Capitación (UPC), los cuales son administrados por las Entidades Prestadoras del Servicio de Salud (EPS), e igualmente se contrata con este sector la asistencia de servicios de salud con las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS), del denominado Plan Obligatorio de Salud, un sistema que funciona con la existencia de dos regímenes de salud, el contributivo, en donde el beneficiario cotiza parte de su salario para tener derecho de acceder al servicio, y el subsidiado, en donde el Estado cubre los costos, pero ambos con una contraprestación por parte del usuario denominada cuota moderadora, deducible o pago compartido, por el valor del servicio prestado.

Para el caso del Sistema de Salud de la Fuerza Pública, el artículo No. 279 de la mencionada Ley, mantiene las condiciones preferenciales o excepción para los miembros de la Fuerza Pública, integrada según lo señalado en el artículo No. 216 de la Carta Política “...en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”, como régimen especial dado por disposición constitucional en el artículo No. 150, numeral 19, literal e. La existencia del régimen especial prestacional de Seguridad Social, implica la imposibilidad de someter a sus beneficiarios al sistema normativo general (Ley 100 de 1993 y Ley 352 de 1997, y demás normas existentes), su especialidad conduce a crear o regular distintas modalidades de prestaciones que permitan reconocer el fin constitucional que legitima su exclusión del Sistema General.

La Ley 352 de 1997 reestructuró el SSFP como un sistema autónomo, cuya administración se desarrolla de forma descentralizada y desconcentrada de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares, integrado funcionalmente y con independencia de recursos, en esta misma Ley y en el Decreto 1795 de 2000 se define la sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios.

Es un Sistema que tiene como objeto prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares como parte de su logística militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de previsión, promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales<sup>3</sup>.

El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional<sup>4</sup> (CSSMP), es el organismo rector y coordinador del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP). Entre las funciones más importantes se destacan:

- Definir las políticas, planes, programas y prioridades generales del SSMP.
- Señalar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento.
- Determinar y reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta creados por la Ley 352 de 1997.
- Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa.
- Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema y autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SSMP para la prestación de servicios de salud a terceros.
- Adoptar los regímenes de referencia y contrarreferencia<sup>5</sup>.
- Determinar normas para supervisar, controlar y evaluar el SSMP, en los ámbitos administrativos y técnicos.
- Disponer las políticas, estrategias, planes y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial.
- Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del SSMP.
- Expedir los actos administrativos para el cumplimiento de sus funciones.

---

<sup>3</sup> Decreto 1795 de 2000, artículos 2, 5 y 6.

<sup>4</sup> Así lo define los artículos 8 y 9 del Decreto Ley 1795 de 2000.

<sup>5</sup> El artículo 2 del Acuerdo 4 de 1997 expedido por el CSSMP, define referencia como el envío de usuarios por parte de un Establecimiento de Sanidad, a otro de mayor nivel de atención y grado de complejidad. Contrarreferencia es la respuesta que los Establecimientos de Sanidad o las instituciones de salud contratados, receptoras de la referencia, dan al establecimiento de sanidad que ordena la referencia.

- Expedir su propio reglamento.

Mediante el Decreto 1795 de 2000 se crea la Dirección General de Sanidad Militar como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional como dependencia de la Dirección General de la Policía Nacional, y cuyo objeto respectivamente es administrar los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y de implementar las políticas, planes y programas que adopte el CSSMP y el Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto de su Subsistema de Salud; en el mismo sentido los planes y programas que determine el Comité de Salud de la Policía Nacional respecto de su Sistema de Salud<sup>6</sup>.

### **3. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA**

La estructura y funcionamiento del Sistema de Salud de la Fuerza Pública es un sistema encargado de coordinar y desarrollar las actividades orientadas a la prestación del servicio de salud a los afiliados y beneficiarios del Sistema en los términos que establece el Decreto 1795 de 2000, obedece a la organización institucional y territorial del Ejército, la Armada Nacional, la FAC y la Policía Nacional; ello para definir la prestación del servicio de salud en las diferentes unidades militares y policiales a nivel nacional. La distribución de los establecimientos de salud igualmente obedece al mismo criterio.

Normativamente se define la sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada a garantizar los servicios de salud del personal activo, y los que se encuentran con asignación de retiro y en la condición de pensionados y beneficiarios.

#### **3.1. Estructura Organizacional Sistema de Salud de la Fuerza Pública**

El Decreto 1795 de 2000 se regula lo relacionado con la dirección del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional denominado también Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP). El mismo también está dirigido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP). Se compone de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares

---

<sup>6</sup> Artículos 12 y 18 del Decreto 1795 de 2000.

(SSFM) y de la Policía Nacional (SSPN), además de los afiliados y beneficiarios del Sistema.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (FFMM) comprende desde la formulación y supervisión de políticas hasta la organización y prestación del servicio, está dirigido por el CSSMP y lo constituyen dos subsistemas: el de Salud de las Fuerzas Militares conformado por el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea (FAC) y el Hospital Militar Central (HOSMIC). A su vez el Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituye la Policía Nacional que tiene en la Dirección de Sanidad la dependencia encargada de la gestión integral del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, como se aprecia en la siguiente gráfica.

**Gráfico 1**

**ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA**



Fuente: Disan. Decreto Ley 1795 de 2000.

Cada subsistema de salud de la Fuerza Pública cuenta con el respectivo Comité de Salud, además de su Dirección de Sanidad pertinente, a saber: el Comité de Salud de las FFMM, y la Dirección de Sanidad Militar (DISAN Militar), y el Comité de Salud de la PONAL con la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (DISAN Policía). Los Comités asesoran y coordinan los subsistemas de Salud en Defensa y Seguridad e implementan las políticas, planes, programas, y prioridades del SSFP emitidas por el Consejo Superior de

Salud de las FFMM y la PONAL<sup>7</sup>. La prestación de los servicios a la población objetivo se realiza mediante la red de establecimientos de sanidad militar y policial (ESM - ESP) distribuidos a nivel nacional, en donde se atiende al conjunto de usuarios.

### **3.2. Infraestructura Física y de Servicios (Niveles, Distribución Geográfica, Tipos de Servicios)**

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública tiene como fin prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y del servicio policial como parte de la estrategia y la logística militar<sup>8</sup> para ello cuenta con sus propios establecimientos de sanidad militar (ESM) y de policía (ESP) a nivel nacional en los servicios de medicina general y especializada.

Los Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional prestan el servicio por niveles<sup>9</sup> de atención así: al Nivel I (Consultorio, enfermería o punto de atención básica), le corresponde los de tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad; al Nivel II (Hospital Regional de FFMM o Clínica Regional de la Policía), son los de tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad; al Nivel III (Hospital de Referencia), aquellos de tecnología de la más alta complejidad, y al nivel IV (Hospital), corresponde a las patologías catastróficas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja efectividad en el tratamiento<sup>10</sup>.

En Disan FFMM la región 1 (Noroccidente) comprende: Antioquia, Córdoba, Choco; la región 2 (Sur): Caquetá, Putumayo, Guaviare, Amazonas; la región 3: Bogotá; la región 4 (Centro): Boyacá, Cundinamarca, Huila, Tolima; la región 5 (Suroriente): Meta, Vichada, Casanare, Guainía; la región 6 (Suroccidente): Risaralda, Nariño, Caldas,

---

<sup>7</sup> Referidos a cotizaciones, cobertura, derechos médicos, fomento, prevención, promoción, utilización de recursos, contratación, entre otros.

<sup>8</sup> Art 5 decreto 1795 de 2000.

<sup>9</sup> Definidos por el Decreto 1760 de 1990.

<sup>10</sup> Artículo 117 Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social.

Quindío, Valle, Cauca; la región 7 (Norte): Bolívar, Sucre, Atlántico, César, Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia; y la región 8 (Nororiente): Arauca, Santander, Norte de Santander.

En la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, según información de Disan Militar<sup>11</sup>, se cuenta con 149 Establecimientos de Sanidad Militar- ESM, de los cuales 90% son de nivel I (135), 9% de nivel II (13) y el 1% de nivel III (1); no obstante, únicamente cuenta con cuatro establecimientos habilitados en salud en el nivel II de la Región Suroriente, en Villavicencio Meta, en el nivel III Región Norte en Cartagena Bolívar, en el nivel I Región Suroccidente en Guapi Cauca, y en el nivel II en la Región Sur en Puerto Leguízamo Putumayo.

**Cuadro 1**

**ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD DE LAS FUERZAS MILITARES  
DICIEMBRE DE 2011**

Región	ESM	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Habilitados	% Hab	Usuarios 2011	Prom. Usuarios
Noroccidente (1)	19	18	1	0	0	0.0%	58,994	3,105
Sur (2)	16	16	0	0	1	0.7%	29,205	1,825
Bogotá (3)	17	14	3	0	0	0.0%	152,967	8,998
Centro (4)	26	24	2	0	0	0.0%	101,126	3,889
Suroriente (5)	16	15	1	0	1	0.7%	37,330	2,333
Suroccidente (6)	21	18	3	0	1	0.7%	81,590	3,885
Norte (7)	20	17	2	1	1	0.7%	85,868	4,293
Nororiente (8)	14	13	1	0	0	0.0%	55,136	3,938
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>135</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2.7%</b>	<b>602,216</b>	<b>4,042</b>

Fuente: Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

El número de usuarios por establecimiento que debe atender la regional Bogotá es el más alto con 8.998 personas promedio por ESM, en tanto que el más bajo es la Regional Sur con 1.825 por ESM, lo cual muestra una demanda por debajo de las capacidades promedio en determinadas regiones y por encima en otras, una situación parecida se presenta en la Policía Nacional que como parte de la Fuerza Pública, teniendo concentración del servicio en unas regiones y subutilización en otras se podría justificar

<sup>11</sup> Las bases de datos reportadas no cuentan con información precisa y total que permita establecer de manera clara el número de ESM, de tal manera que concuerde con otra información reportada, como en el caso del número de ESM la prestación de servicios de la red interna, en donde se incluyen 164 establecimientos.

atender de manera unificada personal militar en Disan Ponal y usuarios de la Policía en Disan FFMM, lo cual permitiría hacer integración funcional entre los servicios reduciendo costos, porque no sería necesario contratar la red externa.

El despliegue de establecimientos de sanidad militar ESM, por parte de las tres fuerzas, por todo el territorio nacional, debería permitir la conformación de alianzas o convenios dirigidos a mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios; más aún, cuando en algunas regiones con problemas endémicos de orden público la cobertura de los servicios es mínima, si se evalúa de forma individual la oferta de servicios de salud de cada una de esas fuerzas. Por ejemplo, en los nuevos departamentos, o en Barrancabermeja, Puerto Berrío, o algunas localidades de la Costa Atlántica.

De otra parte, con relación a Disan de la Policía Nacional cuenta con 132 establecimientos –ESP, de los cuales 85% son de nivel I (112), 14% nivel II (19), y solo uno de nivel III (0,7%), que corresponde al Hospital Central en Bogotá; del total de ESP solo el 11% (15 de 132) se encuentran habilitados en salud. Cuadro.

**Cuadro 2**

**ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL  
DICIEMBRE DE 2011**

Región	ESP	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Habilitados	% Habil.	Usuarios 2011	Prom. Us./ESP
1	55	45	9	1	3	2%	191,971	3,490
2	11	10	1	-	0	0%	43,825	3,984
3	7	6	1	-	0	0%	42,523	6,075
4	17	15	2	-	7	5%	75,428	4,437
5	12	11	1	-	1	1%	50,674	4,223
6	13	12	1	-	1	1%	67,013	5,155
7	6	6	0	-	2	2%	23,836	3,973
8	11	7	4	-	1	1%	76,278	6,934
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>112</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>11%</b>	<b>571,548</b>	<b>4,330</b>

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

De acuerdo con Disan Policía, para una mejor organización en la prestación de servicios y control, se organizó el subsistema de salud por regionales, las cuales manejan su referencia y contra referencia y se organizan de esa manera para un mejor administración de tipo presupuestal. El subsistema de la Policía cuenta con 8 regiones en el país, cada una de ellas está liderada por una ciudad capital de importancia en la región, según la infraestructura y otros datos de relevancia en la zona.



La región 1 de la Policía Nacional comprende: Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Guainía, San Andrés, Amazonas; la región 2: Huila, Caquetá, Putumayo, Tolima; la región 3: Risaralda, Caldas, Quindío; la región 4: Valle, Nariño, Cauca; la región 5: Santander, Norte de Santander, Arauca; la región 6: Antioquia, Chocó, Urabá, Córdoba; la región 7: Casanare, Meta, Vichada, Guaviare; y la región 8: Atlántico, Magdalena, Bolívar, Sucre, Guajira y César.

En el año 2011, La regional de salud de la Policía que atiende en promedio el mayor número de usuarios por ESP es la No. 8, Atlántico, magdalena, Bolívar, Sucre, Guajira, César con una media de 6.934 usuarios por establecimiento, con 13% de usuarios a nivel nacional, con el 8% de ESP, en tanto que la No. 1 de Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Guainía, San Andrés, Amazonas, atiende el menor número de usuarios por establecimiento, con 3.490 personas, no obstante, concentra 34% de usuarios del país y cuenta con 42% de ESP (55).

Vale mencionar que adicional a lo anteriormente mencionado la Policía Nacional invierte en el proyecto denominado Centro de Rehabilitación Integral –CRIAOS- para atención de personas con discapacidad y el cual contará con una potencialidad para la venta de servicios al resto de la Fuerza Pública, es decir, con la posibilidad de financiar parte del costo del Sistema de Salud de la Policía.

Respecto a la atención en salud del Sistema de la Policía Nacional, para el año 2010 la entidad reporto la siguiente información de registros de atención en salud.

### Cuadro 3

#### CONSULTAS REALIZADAS DISAN POLICÍA NACIONAL RED PROPIA Y RED EXTERNA 2010

Procedimiento	No.	%	No.	%	Total	% Procedmtos
Urgencias	426,291	98.2%	7,900	1.8%	434,191	9.1%
Egresos	20,507	68.0%	9,671	32.1%	30,178	0.6%
Consulta Externa	2,330,584	92.0%	202,572	8.0%	2,533,156	53.0%
Cirugías	18,761				18,761	0.4%
Laboratorios	1,632,827				1,632,827	34.2%
Oros procedimientos Diagnósticos	127,141				127,141	2.7%
<b>Total procedimientos</b>	<b>4,556,111</b>	<b>95.4%</b>	<b>220,143</b>	<b>4.6%</b>	<b>4,776,254</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

De acuerdo con lo reportado por Disan de la Policía existe carencia de información desde la red externa y 95 % de los datos en salud, son registros de su propia red, y de acuerdo con dicha información se observa que en 2010 el 53 % de los procedimientos fueron por consulta externa, un 9 % en urgencias y menos del 1% egresos hospitalarios.

### **3.3. Población Atendida (Cotizantes Activos y Retirados, Beneficiarios)**

De acuerdo con el artículo No. 23 del Decreto 1795 de 2000, existen dos (2) clases de afiliados al Sistema de Sanidad de la Fuerza Pública SSFP: Los afiliados sometidos al régimen de cotización y los no sometidos a éste.

Corresponde a la población de los cotizantes los siguientes: 1) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo. 2) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión. 3) Los soldados voluntarios. 4) Los servidores públicos y los pensionados de las entidades Descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional; 5) Los beneficiarios de pensión por muerte del soldado profesional activo o pensionado de las Fuerzas Militares; 6) Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional; y 7) Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.

En los no cotizantes se encuentran: 1) Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional; y 2) Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

El total de usuarios del SSFP alcanza el número de 1.204.917 en 2011, de los cuales de 2000 a 2011, en promedio, un 54% correspondieron a las FFMM y 46% a la Policía. El número de usuarios de Disan Militar se incrementó en 20% durante este mismo periodo, mientras que el crecimiento del pie de fuerza lo hizo en 49%. En Disan Policía, durante el mismo periodo el número de usuarios se incrementó un 18% y el pie de fuerza 40%,

situación que muestra que la tasa de crecimiento del número de usuarios en el SSFP ha sido menor que el crecimiento del pie de fuerza. Muestra ello que el pie de fuerza ha crecido en mayor proporción que el número de usuarios, pero además que esta dinámica ha incrementado la necesidad en la prestación del servicio a nivel nacional en el conjunto de la Fuerza Pública en una quinta parte en el período observado.

#### **Cuadro 4**

#### **USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA A DICIEMBRE DE 2011**

<b>Entidad</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
DISAN FFMM	423,306	530,049	536,335	563,385	606,855	644,854
DISAN POLICIA	428,316	447,057	478,626	487,720	496,031	497,185
<b>TOTAL</b>	<b>851,622</b>	<b>977,106</b>	<b>1,014,961</b>	<b>1,051,105</b>	<b>1,102,886</b>	<b>1,142,039</b>
<b>Entidad</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
DISAN FFMM	658,828	683,358	686,993	569,160	607,048	631,928
DISAN POLICIA	518,119	524,685	537,636	538,244	555,538	572,989
<b>TOTAL</b>	<b>1,176,947</b>	<b>1,208,043</b>	<b>1,224,629</b>	<b>1,107,404</b>	<b>1,162,586</b>	<b>1,204,917</b>

**Fuente:** Disan FFMM y PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Los usuarios en Disan FFMM se distribuyen en afiliados, el cual comprende los cotizantes del personal activo, los soldados, los alumnos, y los beneficiarios que se compone de aquellas personas que dependen de los cotizantes. En el análisis de la relación de dependencia (beneficiarios/cotizantes) las cifras muestran que se pasa de 2.0 (340.294/169.186) en 2005 a 1,35 (300.744/221.357) en 2011<sup>12</sup>, mostrando una tendencia decreciente del nivel de dependencia, resultado de un incremento en los afiliados y disminución de los beneficiarios durante el periodo. La cifras reportadas por Disan Policía no tienen consistencia, en particular para el año 2009, cuando el número de afiliados disminuye en 64.712 personas respecto de 2008, y no existe para ello ninguna causa explicable, salvo los ajustes y/o fallas en el sistema de registro e información en las bases de datos de Disan Policía.

Se observa, así mismo en 2011, que en las FFMM los 109.827 usuarios no cotizantes, como el caso de los alumnos de escuelas militares, y que no corresponden a la categoría de beneficiarios civiles, son una alta proporción de los usuarios que no aportan al

<sup>12</sup> Las bases para el cálculo no reflejan la tasa de dependencia real, la cual puede haber sido en aumento en estos años, más si se toma en cuenta el crecimiento del pie de fuerza. Esta situación se debe a inconsistencias y fallas en el sistema de registro e información con los que cuenta Disan Militar y que fueron reportados por la entidad.

Subsistema de Salud de las FFMM, de los cuales el 84% de éstos corresponden a Ejército, 11% a Armada Nacional y 5% a la Fuerza Aérea.

### **Cuadro 5**

#### **USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES A DICIEMBRE DE 2011**

<b>Usuarios</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Afiliados *	304,560	337,755	351,329	359,329	294,617	319,653	331,184
Beneficiarios	340,294	321,073	332,029	327,664	274,543	287,395	300,744
<b>Total</b>	<b>644,854</b>	<b>658,828</b>	<b>683,358</b>	<b>686,993</b>	<b>569,160</b>	<b>607,048</b>	<b>631,928</b>

**Fuente:** Disan FFMM y PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

\*Incluye dentro de los afiliados los no cotizantes, como los alumnos de escuelas militares.

En el caso de Disan Policía se tiene que se produce un incremento en el número de usuarios de 2005 a 2011 de 15%, en tanto, que los beneficiarios se incrementan en 13% y los titulares (cotizantes) lo hacen en 20% para el mismo periodo. Como consecuencia la relación de dependencia (beneficiarios/titulares) pasa de 1,4 a 1,3 de 2005 a 2011.

### **Cuadro 6**

#### **USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL A DICIEMBRE DE 2011**

<b>Usuarios</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Titulares *	195,345	203,261	211,660	222,565	228,179	233,199	234,735
Beneficiarios	267,739	287,848	284,217	288,446	283,238	297,424	303,605
No Cotizantes	34,101	27,010	28,808	26,625	26,827	24,915	34,649
<b>Total</b>	<b>497,185</b>	<b>518,119</b>	<b>524,685</b>	<b>537,636</b>	<b>538,244</b>	<b>555,538</b>	<b>572,989</b>

**Fuente:** Disan FFMM y PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

\* Corresponde en la Policía Nacional a la categoría de cotizantes.

Es interesante observar, que tanto en las FFMM como en la Policía Nacional, la tasa de dependencia ha descendido, apreciándose igualmente que el número de cotizantes o titulares, en Disan FFMM y Policía Nacional, es mayor al pie de fuerza registrado por el Ministerio de Defensa Nacional en cada caso, lo cual se debe al número de retirados que aportan en salud, los cuales sin hacer parte del pie de fuerza, también se cuentan como cotizantes o titulares. No obstante, el número de retirados reportados por las Cajas de Retiro de Policía (Casur) y de FFMM (Cremil), no coinciden con la diferencia entre titulares o cotizantes respecto del pie de fuerza, presentando discrepancia de 2005 a 2010, en Disan Policía en un promedio anual de 2.300 personas y en Disan FFMM de 21.300 personas, algo inexplicable en términos de la composición de los usuarios pero que reafirma la problemática en las bases de datos de las dos entidades.

Sería importante establecer si en la Policía Nacional se tienen en cuenta los casos en donde dos o más afiliados tienen un mismo grupo de beneficiarios, detección que llevaría a evitar contar dos o más veces las personas que dependen del cotizante. Esta situación puede ser frecuente en la Policía donde la vinculación familiar a la misma es un rasgo de su cultura institucional. Se puede dar en particular en personal soltero que vincula a sus padres.

Con la entrada en vigencia de la Ley 352 de 1997, el personal civil de la Fuerza Pública conservó los beneficios en salud para cotizantes y beneficiarios sin distinción en el otorgamiento de derechos. Del análisis efectuado en el período 2006 a 2011 se observa una tendencia decreciente de civiles: en la Policía Nacional pasa de 23.733 en 2006 a 19.789 en 2011 usuarios civiles y en Fuerzas Militares de 9.988 a 8.247, no obstante dicha propensión, se aprecia que el período de 2010 a 2011, en cada una de las fuerzas el personal civil usuario del SSFP aumento al pasar de 26.452 a 28.036 personas. La Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, de acuerdo con lo establecido en los derechos de que goza este personal, estima que en 2015 ya no habrá civiles ni sus beneficiarios en el Sistema, lo que redundará en una disminución de costos, puesto que los civiles que se pensionan después de la entrada en vigencia de la mencionada Ley, entraron a cotizar al régimen de Ley 100, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales antes de esta Ley eran cubiertos con el PGN.

#### **Cuadro 7**

#### **PERSONAL CIVIL VINCULADO AL SSFP A DICIEMBRE DE 2011**

<b>AÑO</b>	<b>ARC</b>	<b>EJC</b>	<b>FAC</b>	<b>HMC</b>	<b>TOTAL FFMM</b>	<b>PONAL</b>	<b>TOTAL</b>
2006	2,146	4,425	2,199	1,218	9,988	23,733	33,721
2007	2,542	3,851	2,074	1,140	9,607	22,528	32,135
2008	2,554	3,749	1,849	1,092	9,244	21,788	31,032
2009	2,195	2,904	1,552	1,050	7,701	19,789	27,490
2010*	1,985	2,358	1,200	1,120	6,663	19,789	26,452
2011*	3,167	2,860	1,264	956	8,247	19,789	28,036

**Fuente:** Disan FFMM y PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

\*Corresponden al dato de 2009 en Policía Nacional

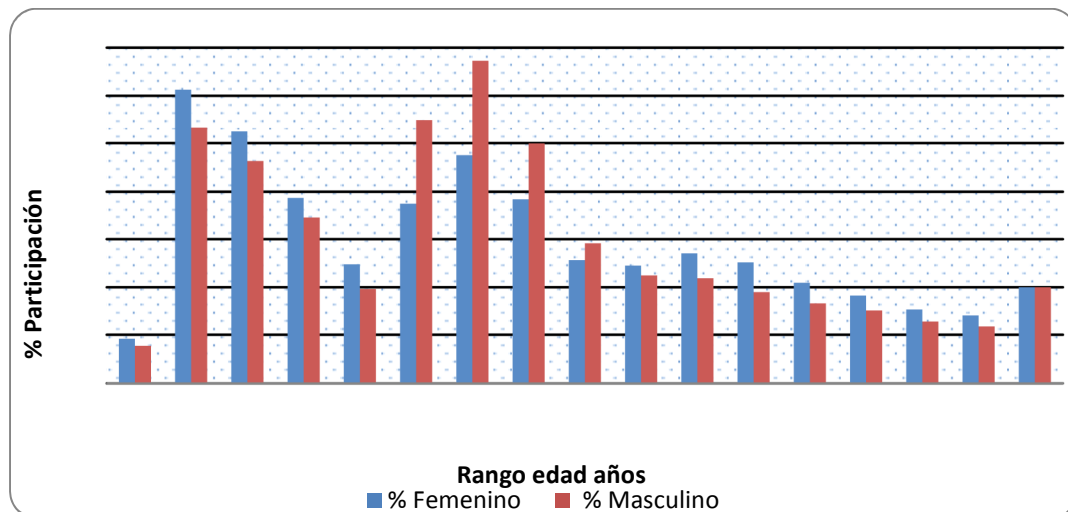
### **3.4. Estructura de la Población**

Para conocer el comportamiento del Sistema en términos de costo y de la proyección de la estructura del Sistema respecto de los usuarios, si bien, la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares 69% corresponde a población masculina y 31% a femenina dada la naturaleza de la actividad, ésta se caracteriza también por tener un porcentaje importante de usuarios en el rango de edad de 21 a 40 años, donde se encuentra 32% del total de población (57% masculino y 43% femenino), esta población es menos propensa a enfermar y utilizar los servicios de salud, respecto de la población de mayor y menor. A este respecto se aprecia que 30% de población son menores a 15 años (47% masculino y 53% femenino) y 21% mayores de 50 años (45% masculino y 55% femenino) que es una población con mayores costos de atención y de mayor riesgo.

De otra parte, atendiendo a la distribución mencionada se encuentra que más de un tercio de la población total no es cotizante, incrementando los costos del Sistema, sin tomar en cuenta beneficiarios de mayor edad, esposas o padres de los titulares, un grupo que solo contribuye a elevar los costos del Sistema. Así mismo se observa que 7% de la población es mayor de 70 años y 2% de ésta es menor a un año, que siendo los grupos de mayor riesgo representa casi 10% de la población con mayor propensión a enfermar y utilizar los servicios, con el mayor costo asociado a esta circunstancia.

**Gráfico 2**

**PARTICIPACIÓN POR EDADES USUARIOS FUERZAS MILITARES 2011**

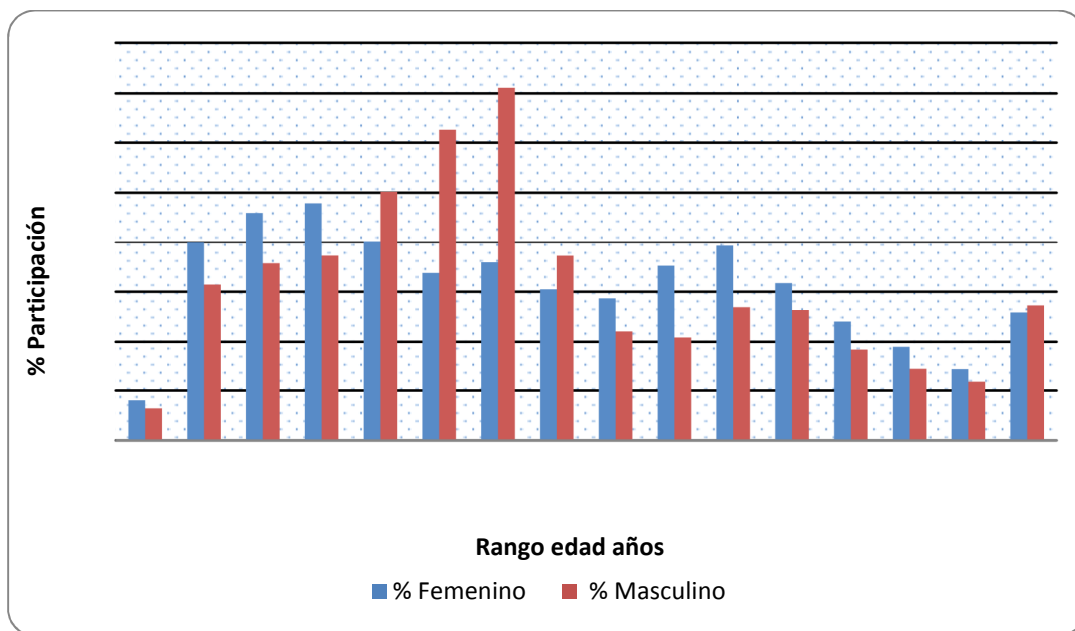


Fuente: Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

En el caso del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de acuerdo con información de Disan PONAL, si bien, la población del Subsistema de Salud de la Policía es mayoritariamente joven se observa un apreciable y progresivo envejecimiento en la misma. La población que ingresa a la carrera policial o con el propósito de prestar el servicio militar (12 a 18 meses), es una población joven que es temporal en el subsistema la cual equivale aproximadamente a 5 % de la población total.

**Gráfico 3**

**PARTICIPACIÓN POR EDADES USUARIOS POLICÍA NACIONAL 2011**



**Fuente:** Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Los usuarios del Subsistema de salud de la Policía se compone 21% de población mayor de 50 años<sup>13</sup>, lo que representa una quinta parte del total de ésta y le da una forma en estricto sentido no piramidal, sino con una variante hacia una forma propia de un fenómeno de transición demográfica, como se puede ver en el gráfico.

Del total de usuarios del subsistema, 57 % de la población es masculina y el 43% femenina, situación que se explica en particular, por la función laboral que cumplen los uniformados.

<sup>13</sup> 6% (50-54 años), 4% (55-59 años), 3% (60-64 años), 3% (65-69 años) y 5% mayor de 70 años.

Por ser una población en transición, los menores de 5 años han venido disminuyendo de manera paulatina y actualmente solo representan el 8% de la población, en cambio los mayores de 60 alcanzan el 11 % (45% masculino y 55% femenino). El grueso de la población se encuentra entre los 20 y 44 años y este grupo equivale a 38% (57% masculino y 43% femenino).

### **3.5. Talento humano. Disan militar (Ejército, FAC, ARC) y Policía.**

Las entidades de salud de la Fuerza Pública desarrollan la incorporación de su personal administrativo y de servicios por medio de la contratación, la vinculación en planta y la prestación del servicio por parte de los miembros de la Fuerza Pública asignados a este fin, por cada una de las fuerzas y de la Policía.

Si se analiza el número de usuarios que se relaciona en la atención con cada persona que labora en el SSFP se ha presentado una tendencia creciente en FFMM con un crecimiento promedio el periodo 2004 – 2011 de 4%, en tanto, que en Policía durante el mismo periodo tiene un comportamiento decreciente en -3%, lo cual podría significar un mejoramiento en las condiciones de eficiencia para FFMM con más personal para la atención de usuarios, al tener más personas por paciente, sin embargo de 2010 a 2011, en Disan Policía se presenta un aumento del indicador al pasar de 96 a 104, mostrando una carga laboral mayor por trabajador, que puede significar también un aumento de la eficiencia y productividad laboral del subsistema, en tanto que en Disan FFMM se presenta una disminución de este indicador, con un posible efecto contrario<sup>14</sup>.

#### **Cuadro 8**

#### **NUMERO DE USUARIOS POR PERSONA VINCULADA AL SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA A Diciembre de 2011**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>FFMM</b>	156	154	145	145	141	266	292	117
<b>PONAL</b>	133	132	146	136	121	116	96	104

Fuente: Disan FFMM y Policía. Cálculos CGR. DES DJS.

<sup>14</sup>Si las cifras reportadas son exactas se podría deducir dicho comportamiento, no obstante se puede presentar otra situación lo cual se debe a inconsistencias y fallas en el sistema de registro e información con los que cuenta Disan Militar y que fueron reportados por la entidad, como ocurre con el cambio de 2008 a 2009 en FFMM.



Respecto a la vinculación del personal que labora en el SSFP, se observa que en Disan Militar el número de contratistas durante el periodo 2004 – 2011 se ha incrementado 60%, lo mismo sucede con el personal uniformado que aumenta 46%, mientras que el personal de planta se incremento 9%, con un crecimiento promedio del personal que labora de 39% durante el período<sup>15</sup>.

Respecto al personal que labora en Disan Policía el número de contratistas durante el periodo 2004 – 2011 se ha incrementado 100%, lo mismo sucede con el personal uniformado que aumenta 28%, mientras que el personal de planta decreció en 14%, con un crecimiento promedio del personal que labora de 48% durante el período.

### Cuadro 9

#### PERSONAL VINCULADO DISAN FFMM Y POLICÍA 2004 -2011

Entidad	TIPO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var % 04 - 11
DISAN FFMM	Planta	1,262	1,315	1,367	1,419	1,419	1,401	1,329	1,381	9%
	Uniformados	1,302	1,400	1,550	1,595	1,663	598	607	1,895	46%
	Contratistas	1,331	1,470	1,640	1,708	1,802	141	140	2,125	60%
	Subtotal	3,895	4,185	4,557	4,722	4,884	2,140	2,076	5,401	39%
DISAN POLICIA	Planta	1,389	1,351	1,247	1,307	1,332	1,264	1,300	1,194	-14%
	Uniformados	493	518	546	581	578	789	661	632	28%
	Contratistas	1,841	1,886	1,747	1,959	2,527	2,595	3,806	3,689	100%
	Subtotal	3,723	3,755	3,540	3,847	4,437	4,648	5,767	5,515	48%
<b>TOTAL</b>		<b>7,618</b>	<b>7,940</b>	<b>8,097</b>	<b>8,569</b>	<b>9,321</b>	<b>6,788</b>	<b>7,843</b>	<b>10,916</b>	<b>43%</b>

Fuente: Disan FFMM y Policía. Cálculos CGR. DES DJS

Se presenta, por lo tanto, un crecimiento del personal que labora en el Sistema de Sanidad de la Fuerza Pública de 43% de 2004 a 2011, al pasar de 7.618 a 10.916 personas, en el caso de Disan Militar la caída en el personal de uniformados de 2008 a 2009 al pasar de 1.663 a 598 efectivos y en contratistas que pasan de 1802 a 141 personas, surge como consecuencia de la divergencia que tienen las bases de datos de la entidad en los reportes a la CGR con respecto a la de fechas anteriores y de información faltante de prestación de servicios de contratistas en las subdirecciones de sanidad de Armada y Ejército.

<sup>15</sup> Los cambios que se presentan de disminución en 2008 y 2009 en personal uniformado y contratistas que laboran en Disan FFMM obedecen como se ha mencionado de las fallas en registro y procesamiento de la información por parte de la entidad.

#### **4. ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SISTEMA**

En el análisis económico de tipo presupuestal al SSFP se encuentra un crecimiento sostenido de los recursos asignados al Sistema, los cuales provienen del Presupuesto General de la Nación, de la misma forma con el aumento de éstos se presenta un crecimiento de la unidad por capitación, tomando en cuenta la relación con el número de usuarios, lo cual muestra un mejoramiento en los recursos de los cuales dispone el sistema, circunstancia que sin duda debería verse reflejada en las condiciones de prestación del servicio a afiliados y beneficiarios y en los resultados de la misma sobre la población objetivo.

##### **4.1 Presupuestos (Apropiado, Ejecutado, Funcionamiento, Inversión).**

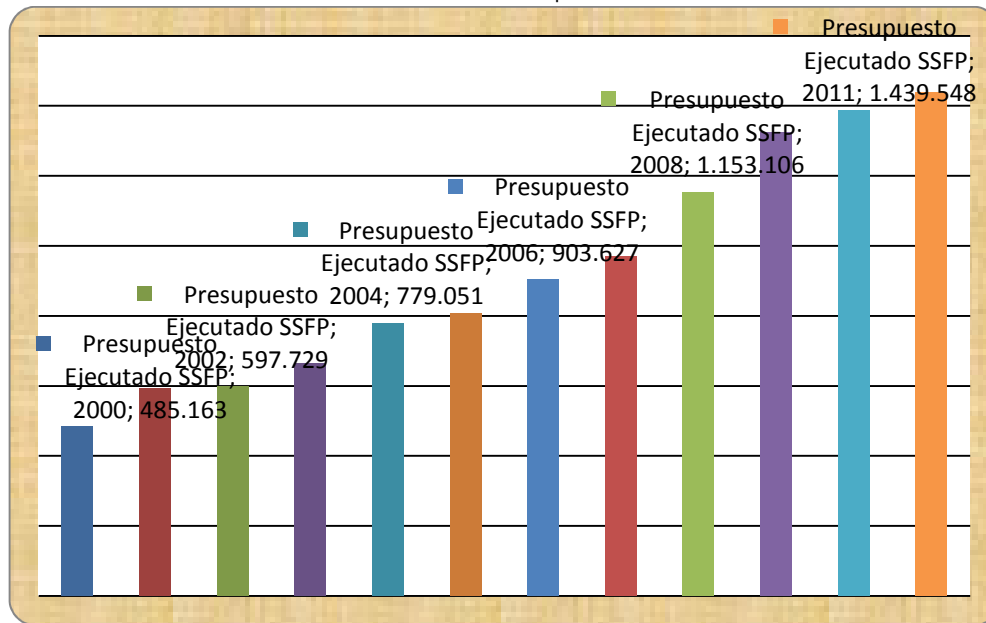
La ejecución presupuestal del Sistema de Salud de la Fuerza Pública tiene por lo tanto como fuentes el Presupuesto Nacional en primera instancia y las cotizaciones de los miembros Militares y de Policía, así como del personal en uso de asignación de retiro, respecto de la apropiación de recursos en Disan Militar se observa un promedio ejecutado de 98% de 2000 a 2011, en Disan Policía igualmente 98%, y en el Hospital Militar de 90% de ejecución. La participación en el presupuesto del SSFP tiene en Disan de las FFMM un promedio de 2000 a 2011 de 44%, Disan Policía 40% y de 16% en el Hospital Militar Central.

La apropiación presupuestal definitiva en lo militar la hace Disan FFMM, sin embargo la ejecución la realiza el director de salud de cada fuerza de manera independiente con los objetivos particulares de su arma, con lo cual la unidad en el manejo del presupuesto se pierde, pues este obedece en primera instancia a su comandante de Fuerza que al Director de Disan FFMM, influyendo de esta forma en la organización sobre el manejo centralizado de la política de bienestar y seguridad social de las Fuerzas Militares, en el caso del servicio de salud.

La ejecución del sector salud de la Fuerza Pública pasa de \$485.163 millones en 2000 a \$1.439.548 millones en 2011, con un crecimiento nominal de 197% durante el periodo y una ejecución de 98%, en este último año. Gráfico siguiente.

**Gráfico 4**

**PRESUPUESTO EJECUTADO SECTOR SALUD 2000 – 2011.**  
**Millones de \$ corrientes.**



**Fuente:** SIIF. Cálculos CGR. DES DJS

Para establecer las variaciones reales a precios constantes y de la evolución y comportamiento del presupuesto, los resultados muestran que de acuerdo con la distribución del presupuesto asignado por rubros, Disan Militar destina del total de su presupuesto en promedio de 2000 a 2011, el 46% a gastos generales, 37% transferencias, 12% gastos de personal y 5% a inversión.

En el caso de Disan Policía destina de su presupuesto el 79% a gastos generales, 8% transferencias, 11% gastos de personal y 2% a inversión. El Hospital Militar destina de su presupuesto el mayor porcentaje a gastos de comercialización y producción<sup>16</sup> con 46%, gastos de personal 26%, transferencias 14%, gastos generales 7% e inversión 7%. Cuadro.

<sup>16</sup> Corresponde a aquellos gastos que realizan los órganos para adquisición de bienes, servicios e insumos que participan directamente en el proceso de producción y comercialización, distinguiendo las actividades que se realizan entre comercial, agrícola e industrial.

## Cuadro 10

### PRESUPUESTO ASIGNADO SECTOR SALUD FUERZA PÚBLICA 2004 – 2011. Millones de \$ constantes de 2011

Entidad	Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>DISAN MILITAR</b>	Gastos Personal	53,229	55,523	55,910	56,845	60,847	61,322	64,678	65,620	64,112
	Gastos Generales	195,876	209,529	223,861	253,562	268,695	283,167	312,957	344,271	336,898
	Transferencias	154,593	165,761	173,248	175,950	191,644	187,404	238,483	247,394	251,129
	Total Funcionamiento	403,698	430,814	453,019	486,356	521,186	527,327	616,117	657,285	652,139
	Inversión	26,087	28,955	16,383	17,904	23,980	42,476	43,834	11,791	14,000
	Subtotal	429,785	459,769	469,402	504,260	545,166	565,152	659,952	669,077	666,139
<b>DISAN POLICIA</b>	Gastos Personal	49,728	47,183	45,987	48,095	47,864	45,023	49,844	47,904	43,338
	Gastos Generales	273,247	337,996	339,984	361,492	371,006	416,544	485,902	492,960	491,965
	Transferencias	26,641	27,815	29,386	29,547	58,997	45,459	72,714	53,770	57,213
	Total Funcionamiento	349,616	412,995	415,356	439,134	477,866	507,026	608,460	594,634	592,516
	Inversión	5,196	10,269	0	6,067	3,534	3,281	6,252	7,275	10,695
	Subtotal	354,812	423,264	415,356	445,201	481,400	510,307	614,712	601,910	603,210
<b>HOSPITAL MILITAR</b>	Gastos Personal	50,701	50,279	48,800	45,956	44,528	41,207	42,512	42,819	41,945
	Gastos Generales	11,181	10,691	10,977	11,309	11,824	10,774	12,222	12,316	11,355
	Transferencias	24,830	28,246	29,714	29,240	25,624	21,531	29,471	27,844	26,270
	Gastos Comercialización	82,600	74,144	72,719	81,333	85,194	91,684	90,581	96,472	112,698
	Total Funcionamiento	169,311	163,361	162,211	167,838	167,170	165,196	174,786	179,451	192,268
	Inversión	4,277	12,017	12,946	14,060	3,061	5,182	31,253	23,300	8,130
	Subtotal	173,588	175,378	175,157	181,898	170,231	170,378	206,038	202,750	200,398
<b>TOTAL</b>		958,184	1,058,411	1,059,915	1,131,359	1,196,798	1,245,837	1,480,988	1,473,737	1,469,747

Fuente: SIIF. Cálculos CGR. DES DJS

El presupuesto asignado o apropiado por el Sistema de Salud de la Fuerza Pública, presenta un crecimiento real a precios de 2011 de 53% en el periodo 2003 – 2011, al pasar de \$0,95 billones a \$1,46 billones, durante este mismo período el presupuesto de Disan FFMM se elevó 55%, Disan Policía Nacional 70% y El Hospital Militar 15%, con un crecimiento real promedio anual de 6% del total asignado al Sistema, de la misma forma el porcentaje de variación real anual en Disan FFMM y Disan Policía Nacional fue 7% y 2% en el Hospital Militar, ubicándose este crecimiento por encima de la inflación, durante el periodo considerado.

Los recursos dirigidos para la atención en salud de afiliados y beneficiarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional han tenido un progresivo crecimiento desde el

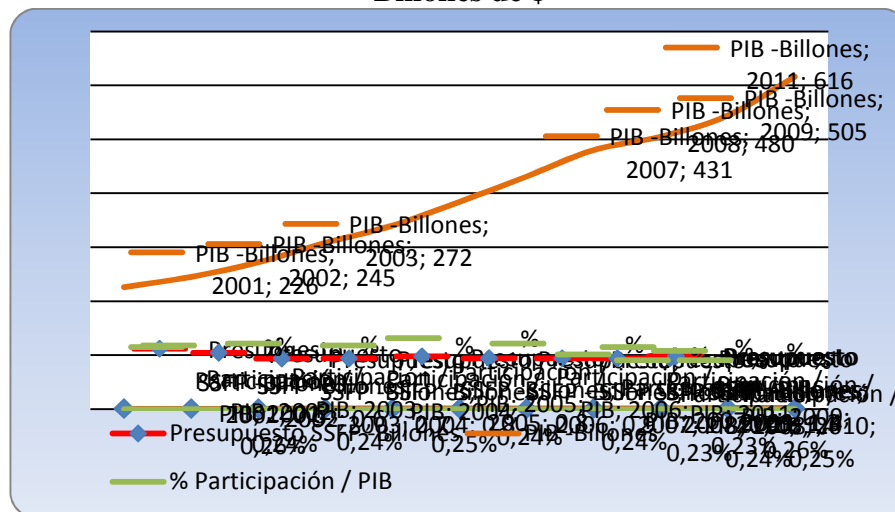
año 2001, en especial durante el periodo 2003-2011, en el cual el presupuesto se incrementó a precios de 2011 en un 70%. No obstante esta circunstancia que podría insinuarse favorable para la prestación del servicio, pues en Disan FFMM creció también en 55%, es evidente que el funcionamiento del mismo ofrece notables oportunidades de mejoramiento desde la perspectiva de la eficiencia y de la satisfacción de los usuarios de los servicios.

El presupuesto asignado a Disan FFMM de 2000 a 2011, fue en promedio un 7% del total del presupuesto total que corresponde a las FFMM, en tanto que en Disan de la Policía representó un promedio de 10% del total de presupuesto asignado a la Policía Nacional, durante dicho periodo.

El presupuesto del Sistema de Salud de la Fuerza Pública representa en conjunto<sup>17</sup> un promedio de 0,24% de participación en el PIB de 2001 a 2011 con una variación anual promedio de 11%, siendo su mayor participación de 0,26% del PIB en 2009, un año cuando la producción nacional creció solo 2% como consecuencia de la crisis mundial de ese año y cuando el presupuesto del SSFP se incremento un 15%, siendo 2008 el año de mayor crecimiento con 19%.

**Gráfico 5**

**PRESUPUESTO EJECUTADO SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA % PIB 2001 – 2011.**  
 Billones de \$



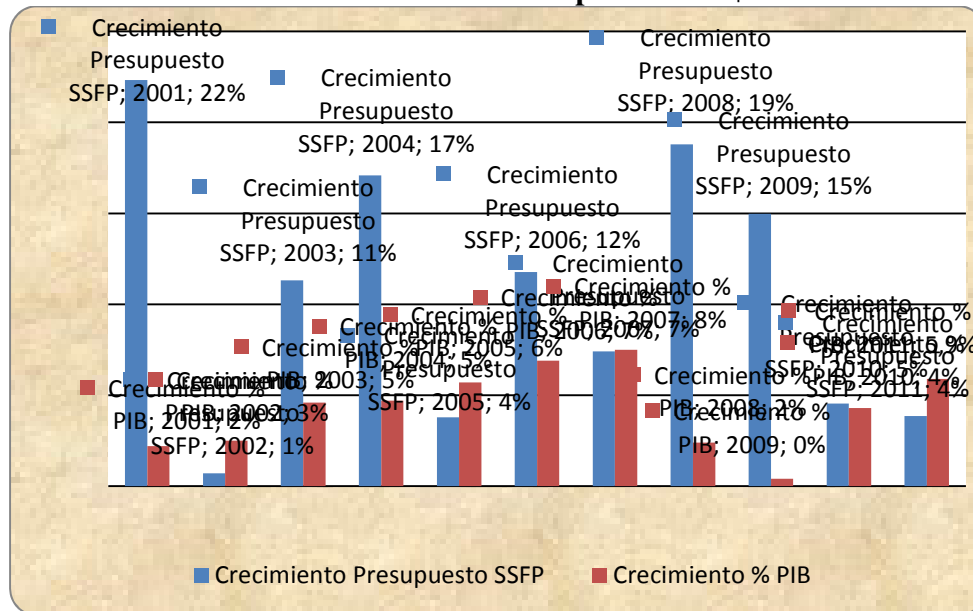
Fuente: SIIF. DANE. Cálculos CGR. DES DJS

<sup>17</sup> Incluyendo al Hospital Militar.

Si se compara la variación del gasto en el Sistema de Salud de la Fuerza Pública en relación con el crecimiento del PIB a precios corrientes, se observa que el primero ha tenido mayor fluctuación y crecimiento, en tanto que el incremento del PIB ha sido más estable, no obstante los aumentos del presupuesto de salud y del PIB promedio del periodo 2001 a 2011 son de 11% y 4%, respectivamente, siete puntos porcentuales superior a la variación anual del PIB, con lo que se tiene una asignación presupuestal a salud mayor que el aumento del producto nacional, lo cual quiere decir que, la destinación a este rubro es mayor a la capacidad de crecimiento del sector productivo.

**Gráfico 6**

**PRESUPUESTO EJECUTADO SECTOR SALUD VS CRECIMIENTO DEL PIB 2001 – 2011. Variación porcentual \$ corrientes.**



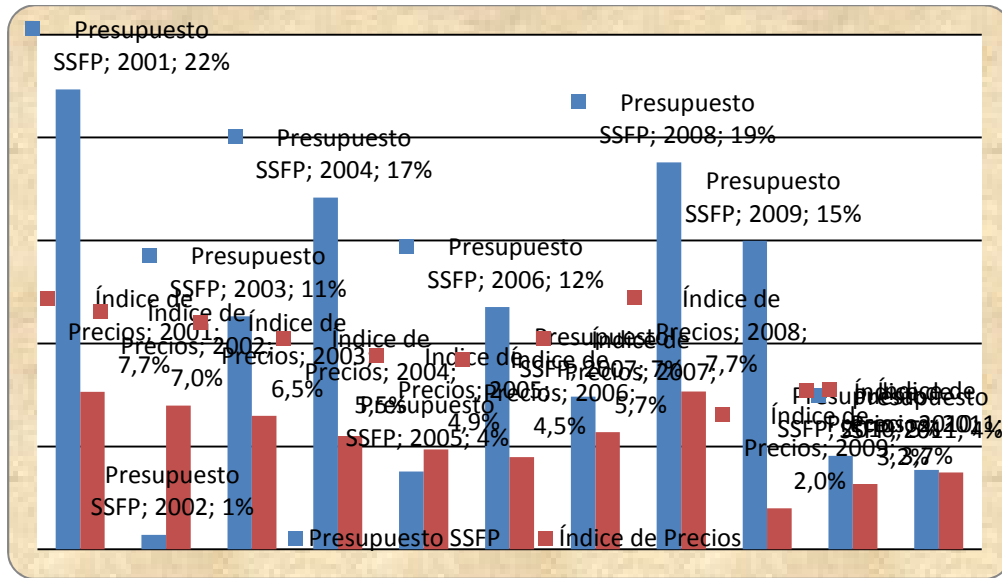
**Fuente:** SIIF. DANE. Cálculos CGR. DES DJS

Respecto del comportamiento en el crecimiento del presupuesto ejecutado de gastos del Sistema de Salud de la Fuerza Pública, a precios corrientes en relación con el aumento del índice de precios al consumidor, se observa que de 2001 a 2011 la variación porcentual del compromiso presupuestal fue de 11% promedio anual, mayor al nivel de inflación el cual fue en este periodo de 5% su media anual, haciendo superior en 6 puntos porcentuales el crecimiento del presupuesto de salud, lo cual implica una asignación de recursos que ha sido mayor al crecimiento de los precios en el agregado nacional, salvo en los años 2002 y

2005, los demás años la variación del presupuesto del SSFP se ubico por encima del nivel de inflación, como se aprecia en el siguiente gráfico.

**Gráfico 7**

**PRESUPUESTO EJECUTADO SISTEMA DE SALUD FUERZA PÚBLICA  
VS CRECIMIENTO DEL IPC 2001 – 2011.  
Variación porcentual \$ corrientes.**



**Fuente:** SIIF. DANE. Cálculos CGR. DES DJS

De acuerdo con la razón de asignación presupuestal en relación con el número de usuarios o denominado Presupuesto per Cápita del Sector Defensa –PPCD, éste creció 19% de 2000 a 2011 a precios constantes de este último año, al pasar de \$1.003.107 a \$1.194.728. Para Disan FFMM el valor del PPC fue de \$848.238 promedio del periodo y para Disan Policía de \$889.079. No obstante, si se observa el crecimiento a precios corrientes se encuentra que del año 2000 al 2011 el PPC de Disan FFMM se incrementó en 119% al pasar de \$468.769 a \$1.024.267. En el caso del PPC de la Disan Policía el crecimiento fue del 133%, al pasar de \$450.178 a \$1.049.052. En cada caso el crecimiento promedio anual fue de 7,9% y 8,3% respectivamente.

De esta forma, el presupuesto per cápita (PPC) del Sistema de Salud de la Fuerza Pública se incrementa en 110% de 2000 a 2011 a precios corrientes, con un promedio de \$825.872 durante el período, asignación que pasa de \$569.692 en 2000 a \$1.194.728 en 2011, monto que comparado con la unidad de pago por capitación del Régimen Contributivo UPC-C de este último año, por valor de \$500.583,60, se convierte en una

asignación presupuestal per cápita para el Sistema de Salud de la Fuerza Pública 2,4 veces superior a la del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en pesos corrientes. Ver Cuadro.

### Cuadro 11

#### PRESUPUESTO PER CAPITA SISTEMA DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA<sup>18</sup> 2004 – 2011. Millones de \$ Corrientes

Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>PPC FFMM</b>	468,769	476,243	489,703	525,358	555,227	546,778	619,259	664,368	768,918	1,059,489	1,020,841	1,024,267
<b>PPC PONAL</b>	450,178	503,878	484,233	507,926	630,178	646,057	685,732	720,374	873,862	1,028,226	1,045,798	1,049,052
<b>PPC SSFP*</b>	569,692	607,410	588,918	633,054	706,375	707,936	767,772	803,487	941,596	1,197,256	1,192,237	1,194,728

**Fuente:** SIIF. Disan FFMM y PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

\*Incluye el presupuesto del Hospital Militar.

En relación con los gastos de medicamentos se aprecia una variación significativa que si se compara con el crecimiento del número de consultas o con la tasa de morbilidad no se encuentra explicación salvo en el crecimiento del precio de los medicamentos o en la sustitución de genéricos por medicamentos de marca.

#### 4.2. Financiamiento del Sistema (Cotizaciones, Bases de Cotización).

Tiene como base el Presupuesto General de la Nación-PGN, al tomar en cuenta que las Direcciones de Sanidad en su estructura organizacional son dependencias del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional, por consiguiente todos los recursos se encuentran incorporados en la ley de presupuesto de cada vigencia fiscal como unidades ejecutoras. El Sistema está financiado entre otros por los siguientes conceptos:

- Las cotizaciones de ley del afiliado y el empleador son 12.5% del salario base<sup>19</sup>.
- Mínimo el 2% del valor de la nómina del personal (sueldo básico más subsidio familiar) del Ministerio de Defensa Nacional y la Policía Nacional, por concepto de accidente de trabajo o enfermedad profesional
- Los derivados por venta de servicios, donaciones y otros recursos que reciba el SSMP.

<sup>18</sup> Se efectúa el cálculo de forma independiente para Fuerzas Militares y Policía Nacional, y el del Sistema de Salud de la Fuerza Pública al incluir al Hospital Militar.

<sup>19</sup> Ley 1122 de 2007 rige actualmente en el Sistema de Salud de la Fuerza Pública y modifica el artículo No. 204 de la Ley 100 de 1993 y así mismo el artículo No. 36 de la Ley 1795 de 2000.



- El valor del Presupuesto Per-Cápita para el Sector Defensa-PPCD<sup>20</sup> de los afiliados no cotizantes<sup>21</sup> (alumnos y soldados regulares).
- El valor de las inversiones en tecnología, construcción y adecuación de los ESMP.
- El valor de aporte del PGN<sup>22</sup> que corresponde como mínimo al 20% de la UPC del SGSSS de los afiliados cotizantes y beneficiarios del sistema, excepto los no cotizantes.

De acuerdo con la normatividad anterior, el artículo 36 del Decreto Ley 1795 de 2000, establecía la cotización al SSMP de 12% mensual<sup>23</sup> calculado sobre el ingreso base. El 4% a cargo del afiliado y el 8% restante por parte del Estado como obligación patronal y con cargo al Presupuesto General de la Nación, el cual se gira por intermedio de las entidades responsables (Ministerio de Defensa Gestión General, Ejército, FAC, Armada Nacional y Policía Nacional).

El ingreso base corresponde al sueldo básico adicionado con el subsidio familiar en el caso del personal militar en servicio activo, del personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y del personal civil; la asignación de retiro para el personal en goce de ésta o beneficiario de un retirado; la pensión para los pensionados y los beneficiarios éstos; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios, y el salario mensual para los soldados profesionales<sup>24</sup>.

El monto total de las cotizaciones establecidas ingresa a los fondos cuenta del SSMP, según corresponda. Un punto de la cotización es trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA- para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Además, el SSMP podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de

---

<sup>20</sup> Artículo 33 Ley 352 de 1997.

<sup>21</sup> Literal c del artículo 34 de la Ley 352 de 1997.

<sup>22</sup> El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2 del 1° contenido en el literal b del artículo 34 de la Ley 352 de 1997, de acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2): 1. Se multiplica el valor de la PPCD del SSMP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios. 2. Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios. Este valor es adicional al 8,5% de aporte patronal de ley al Sistema.

<sup>23</sup> Con el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 se aumenta la cotización del 12 al 12,5% y pasa del 8 al 8,5% a cargo del empleador.

<sup>24</sup> Parágrafo primero del artículo 36 del Decreto Ley 1795 de 2000.

salud, en cuanto presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos<sup>25</sup>.

Para efectos de la operación del SSMP, funcionan los Fondos Cuenta tanto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como de la Policía Nacional. Los recursos de estos fondos son administrados y ejecutados en los términos que determina el CSSMP, por las Direcciones de Sanidad Militar y Policial.

Los pagos compartidos y las cuotas moderadoras a cargo de los beneficiarios, reguladas por el artículo No. 36 de la Ley 352 de 1997, no se aplican en SSFP. La norma ya citada, fue objeto de la sentencia C 089 de 1998, que ha declarado inexecutable la función del CSSMP para determinar dichos valores. De acuerdo con lo anterior al no tener cuota moderadora hace falta un mecanismo que permita regular y racionalizar la utilización del servicio de salud de la Fuerza Pública y con ello ayudar a la financiación del mismo.

Según las cifras de presupuesto y de beneficiarios se observa que la asignación per cápita<sup>26</sup> a precios constantes de 2011, para el SSFP, subió durante el período 2002 a 2011 en 33%, con una variación promedio anual en Disan Militar de 9% y de 8% en Disan Policía, Cabe anotar, que uno de las principales factores que generó dicho incremento, obedeció al mayor presupuesto asignado en cada vigencia fiscal, comparado con el número de usuarios y al incremento de el pie de fuerza militar y policial.

## Cuadro 12

### GASTO PROMEDIO PER CÁPITA<sup>27</sup> 2002 – 2011 (\$ Constantes de 2011)

Entidad	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>PPC FFMM</b>	748,656	754,217	755,542	709,627	769,235	780,839	839,340	1,133,846	1,058,918	1,024,267
<b>PPC PONAL</b>	740,293	729,191	857,534	838,476	851,807	846,663	953,896	1,100,389	1,084,806	1,049,052
<b>PPC SSFP*</b>	<b>900,335</b>	<b>908,827</b>	<b>961,222</b>	<b>918,785</b>	<b>953,716</b>	<b>944,346</b>	<b>1,027,834</b>	<b>1,281,283</b>	<b>1,236,708</b>	<b>1,194,728</b>

Fuente: SIIF, Disan FFMM y Policía. Cálculos CGR, DES DJS.

\*Incluye al Hospital Militar

Si se toma en cuenta que el gasto ha aumentado en términos reales y que en el SSFP no existe ningún tipo de contraprestación al servicio por parte del cotizante o beneficiario,

<sup>25</sup> Como es el caso del Hospital Naval de Cartagena.

<sup>26</sup> Resultado de dividir el presupuesto asignado al Sistema entre el número total de usuarios de éste.

<sup>27</sup> Cotizantes y beneficiarios e incluye al Hospital Militar dado que el presupuesto que le asignado del PGN se orienta como tal al Sistema de Salud de la Fuerza Pública.

tales como cuotas o copagos, éste incremento resulta significativo para el costo en que incurre el Sistema.

#### 4.3. Estructura de Costos (Costos Generales por Servicio y Per -Cápita)

La estructura de costos del Sistema de Sanidad de las Fuerzas Militares está determinada por los costos operativos, de apoyo y administrativos y de acuerdo con lo establecido en el Sistema Integrado de Información Financiera: en gastos de personal, generales, transferencias y de inversión.

La estructura de costos del Sistema de Sanidad de la Policía Nacional está determinada de acuerdo con los niveles de atención de administrador y prestador.

- Dentro del administrador se encuentran: el general del subsistema de salud, ubicado en el nivel central, y el de las seccionales de sanidad que incluye el de administración.
- El prestador lo conforman: los establecimientos de sanidad de nivel I, II y III de atención, para los cuales se definió una estructura general de la cual cada establecimiento tiene su estructura propia de acuerdo con el portafolio de servicios.

Si se observa la utilización de la red propia y la red contratada en Disan de la Policía Nacional por costo en millones de pesos para el año 2011, se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a la red propia con un promedio de 80% de utilización de recursos (\$183.264 millones), con una mayor proporción 39% de los costos en consulta externa, en tanto, el restante 20% (\$44.585 millones) corresponde a los costos en que se incurre en la red contratada.

#### Cuadro 13

##### **COSTOS RED PROPIA Y CONTRATADA POLICÍA NACIONAL** (Millones de \$) 2010 - 2011

Procedimiento	Red propia		Red Contratada		% de Red 2011	
	2,010	2,011	2,010	2,011	Propia	Contratada
Consulta Externa	70,539	71,245	16,756	16,923	81%	19%
Hospitalización	69,266	69,959	15,048	15,199	82%	18%
Medicina General	16,431	16,596	3,186	3,218	84%	16%
Medicina Especializada	25,211	25,463	9,154	9,245	73%	27%
Total	181,448	183,264	44,144	44,585	80%	20%

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Con respecto a la Orientación del Gasto en las categorías de Hospitalización y Consulta Externa de Disan Policía, a partir de la vigencia 2005, se destaca que corresponden respectivamente al 38% y 39% del acumulado anual en la red propia y a 34% y 38% en la red externa como aproximado del gasto total acumulado para las vigencias 2005 – 2012 en red propia \$1,1 billones y red externa (\$268.364 millones). Así mismo, con respecto al acumulado de 2005 a 2012 la red propia representa 80% y la externa 20%.

Uno de los componentes principales del costo se relaciona con los medicamentos el cual en el caso de Disan Policía muestra un comportamiento irregular pues disminuye 74% de 2003 a 2004, pero de 2004 a 2005 se incrementa 550%, en tanto que si se compara el valor de 2007 respecto a 2005 su variación fue de 303%, si se observa 2011 respecto de 2009 el aumento fue de 24%, el promedio de los seis años contemplados es de \$112.545 millones, con grandes altibajos durante el periodo 2003 a 2011.

#### **Cuadro 14**

#### **CONTRATACIÓN EN MEDICAMENTOS DISAN POLICÍA NACIONAL COSTOS DE 2003 a 2011**

<b>No. y Fecha de Contrato de Medicamentos Policía Nacional</b>	<b>Año</b>	<b>Valor Millones</b>	<b>Variación %</b>
CONTRATO 07-8-20013-2003 DEL 19/03/2003	2003	30,930	
CONTRATO 07-8-20044-2004 DEL 13/05/2004	2004	8,000	-74%
CONTRATO 07-08-20243 -2005 DEL 02/12/2005	2005	52,000	550%
CONTRATO 07-08-20091-2007 DEL 27/06/2007	2007	209,439	303%
CONTRATO 07-08-200159-2007 DEL 30/09/2007			
CONTRATO N° 07-8-269-2009 DEL 09/07/2009	2009	167,500	-20%
CONTRATO N° 07-8-20044-2011 DEL 12/05/2011	2011	207,400	24%

**Fuente:** Disan Policía. Cálculos CGR. DES DJS

En el caso del subsistema de salud de la PONAL, además de un amplio plan de beneficios, no existen copagos, tampoco cuotas moderadoras. Sumado a lo anterior, un deficiente sistema de costeo, no permite que se realice una adecuada facturación de los servicios, con lo cual los afiliados y beneficiarios no perciben debidamente el costo real de los servicios suministrados, lo que deriva en una propensión a un mayor consumo de los mismos, en especial de los más costosos.

Los costos en suministro y dispensación de medicamentos de uso ambulatorio a nivel nacional en los E.S.M. corresponden a un componente importante de la contratación

efectuado por Disan de las FFMM, los cuales ascienden de 2004 a 2010 en 856% al pasar de \$16.750 millones en 2004 a \$160.077 millones en 2010, con el incremento más significativo de 2007 a 2008 en 2020%. Lo anterior se explica por el hecho de que son contrataciones anuales o mayor tiempo y se realiza con empresas privadas, por medio de licitación, no obstante se corre el riesgo de incumplimiento por parte de estas firmas, con la posibilidad de fallas en el suministro de medicamentos.

### **Cuadro 15**

#### **CONTRATACIÓN EN MEDICAMENTOS DISAN FUERZAS MILITARES COSTOS DE 2004 a 2010**

<b>Contratos Fuerzas Militares</b>	<b>Año</b>	<b>Valor Millones</b>	<b>Variación %</b>
CONTRATOS SUM 015 a SUM 070 de 2004	2004	16,750	-
CONTRATOS SUM-011 a SUM-087 de 2005	2005	21,720	30%
CONTRATOS SUM-007 a SUM-115 de 2006	2006	21,036	-3%
CONTRATOS SUM-033 a SUM-077 de 2007	2007	6,970	-67%
CONTRATO SUM-084 de 2008	2008	147,796	2020%
CONTRATO SUM-086 de 2010	2010	160,077	8%

**Fuente:** Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

Se observa, por tanto, que el costo en medicamentos ha tenido incrementos significativos tanto en las Fuerzas militares como en la Policía Nacional, lo cual se asocia con el modelo de suministro y atención de salud en el SSFP.

## **5. RESULTADOS MÁS RELEVANTES DE LA GESTIÓN.**

Si se evalúa el comportamiento de las Disan en cuanto a gestión de la habilitación de los servicios en sus establecimientos de sanidad, la eficiencia en el cumplimiento de citas, la productividad en prestación de servicios, el coste en medicamentos y enfermedades de alto valor, la reducción de costos en la prestación de sus servicios, los cursos efectuados y encuestas de satisfacción, se observan los siguientes resultados:

### **5.1 Habilitación de los Servicios de Salud**

La “*habilitación*” en salud está definida<sup>28</sup> como “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de

<sup>28</sup> Tomado del artículo 6 del Decreto 1011 de 2006.

suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud”.

Tanto al Sistema de Salud de la Fuerza Pública<sup>29</sup> regulado por la Ley 352 de 1997 como al regido por la Ley 100 de 1993, se aplica el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. El Decreto 1011 de 2006 a partir del artículo No. 6, establece las obligaciones, condiciones y requisitos para acceder al Sistema Único de Habilitación.

Este Sistema, vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud de cada jurisdicción, tiene por objeto asegurar la calidad de los servicios prestados por los distintos establecimientos que integran la red de las Direcciones de Sanidad Militar y Policial.

De manera previa a la presentación de la inscripción, los prestadores de servicios de salud realizan el proceso de “autoevaluación” de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar el pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el acatamiento de tales condiciones, deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para la observancia de los requisitos.

El prestador que presente un servicio, es el responsable de la observancia de todos los estándares aplicables al mismo, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento.

Dado que no existe obligatoriedad taxativa para el cumplimiento de las exigencias del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud – SOGCS, a los sistemas especiales, la DISAN de FFMM no presenta gran avance al respecto. No obstante, las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, que sean sedes o centros de formación universitaria, si están obligadas para el año 2017 a contar con la Acreditación de Calidad proporcionada por el ICONTEC; caso contrario perderán la condición de hospitales universitarios. Teniendo en cuenta, que los preparativos y

---

<sup>29</sup> El artículo 1º., del Decreto 1011 de 2006, establece que “excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales”

alistamientos institucionales para alcanzar dicha condición son complejos y dilatados, los mismos ya deberían tener un importante grado de avance en los ESM pertinentes. Esta situación en particular, puede poner en riesgo la condición de hospitales universitarios, entre otros, del Hospital Militar Central – HOMIC y del Hospital Naval de Cartagena.

Si bien, las exigencias del SOGCS tienen una aplicación limitada en el sistema de salud de FFMM, por la naturaleza y propósitos de las mismas, si debería ser de necesario y obligatorio cumplimiento a nivel institucional; pues, el no cumplimiento de las condiciones o requisitos mínimos exigidos por el SOGCS para la Habilitación, por ejemplo, además de generar riesgos para los usuarios de los servicios, también incrementa la vulnerabilidad jurídica de la institución ante potenciales demandas por fallas en el servicio.

Disan de la Policía cuenta a junio de 2012 con 15 establecimientos habilitados, 11% del total, para el caso de las FFMM la dirección de sanidad reporto que para el año 2011 se encontraban cuatro ESM habilitados: el Hospital Naval de Cartagena, Hospital Naval de Leguizamo, Establecimiento de Sanidad Batallón Fluvial de IM de Guapi y el Hospital Militar Regional de Oriente Apiay, lo cual representa solo el 2,7% de los establecimientos.

Junto a la habilitación y considerando la acreditación de los diferentes ESP como un requisito para evaluar la calidad y alcanzar los estándares exigidos para la prestación del servicio de salud en la Fuerza Pública, al respecto Disan Policía dice que: *“Siendo la Acreditación en Salud un sistema específico para evaluar la calidad de la atención en salud y una herramienta para promover el mejoramiento continuo y la atención centrada en los usuarios y su familia, visto como un componente voluntario, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional no ha iniciado este compromiso hasta tanto sus 129 ESP no cumplan con la totalidad de estándares para la habilitación”*, de tal manera que la acreditación queda supeditada a la habilitación y como esta no se ha cumplido, no existe por lo tanto ninguna gestión en términos de acreditación, siendo aún más complicada la obtención de la acreditación en Disan de las FFMM, que no consideran como su obligación tan siquiera el habilitar los diferentes ESM.

## **5.2 Incumplimiento de Citas**

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, carece de estrategias efectivas por parte del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de

la Policía Nacional, que conduzcan a la eliminación del ausentismo de los usuarios en las citas médicas que previamente han solicitado, por lo que se hace necesario contar con nuevas herramientas jurídicas que permitan administrar adecuadamente el Sistema de Salud de la Fuerza Pública.

De la información presentada por Disan FFMM, para Ejército y Armada<sup>30</sup> respecto a usuarios atendidos e inasistencias, se observa que en el total de consultas de 2010 a 2011 se presenta un crecimiento significativo en la inasistencia, en particular en odontología especializada que pasa de un incumplimiento de 1% en 2010 a 19% en 2011<sup>31</sup>, odontología general que pasa de 1% a 14%, medicina especializada de 2% a 11% y medicina general de 1% a 10%.

#### **Cuadro 16**

#### **CUMPLIMIENTO DE CITAS POR ESPECIALIDAD EJERCITO Y ARMADA Porcentaje de Inasistencia 2010 - 2011**

Especialidad	Medicina General		Medicina Especializada		Odontología General		Odontología especializada	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
<b>Regional</b>								
<b>Norte (7)</b>	2%	3%	2%	2%	2%	6%	0%	9%
<b>Nororienté (8)</b>	0%	13%	1%	19%	0%	14%	0%	15%
<b>Suroccidente (6)</b>	1%	7%	1%	6%	1%	9%	0%	0%
<b>Surorienté (5)</b>	0%	17%	1%	19%	0%	22%	1%	24%
<b>Centro (4)</b>	1%	9%	2%	10%	0%	14%	1%	22%
<b>Bogotá DC (3)</b>	1%	16%	1%	18%	1%	23%	1%	17%
<b>Sur (2)</b>	0%	8%	1%	9%	0%	12%	1%	45%
<b>Noroccidente (1)</b>	0%	10%	1%	5%	0%	11%	1%	23%
<b>Total promedio</b>	<b>1%</b>	<b>10%</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>1%</b>	<b>14%</b>	<b>1%</b>	<b>19%</b>

Fuente: Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

De las cifras anteriores se hace evidente un significativo número de incumplimiento a las citas por parte de los usuarios de Ejército y Armada, el cual para 2011 supera el 10% en promedio por cada especialidad, evidenciando la falta de medidas en este sentido para evitar perder recursos en costos de consultas que no son efectuadas por los profesionales y especialistas, en medicina general por ejemplo, el incumplimiento en promedio fue de 10% en 2011 y más alto en odontología especializada 19%, en esta misma se paso de 320

<sup>30</sup> No se reportan cifras por parte de Disan FFMM para la Fuerza Aérea Colombiana.

<sup>31</sup> El porcentaje de inasistencia se calcula de la proporción entre el número de faltas de pacientes a consulta y el total de estas por especialidad en el año, el cual se promedia en el total de regiones.



inasistencias a 17,275 inasistencias en 2011. Este comportamiento puede ser debido, en particular como se ha mencionado, a fallas en el registro de la información por parte de Disan o de otra a la falta de gestión de la entidad en recordar el cumplimiento a éstas por parte del paciente, dado el gran número de inasistencias presentado.

La inasistencia a las consultas programas en DISAN de Ejército es un fenómeno que preocupa, pues incide directamente en la baja productividad y más aún, conduce a la ineficiencia de los servicios, al incrementar los costos de producción de los mismos. En el caso particular de la información suministrada por el Ejército para el periodo 2010, se insinúa un posible subregistro en esta materia, lo que afecta la confianza en el informe presentado por esta institución a Disan FFMM. Por ejemplo, para dicho periodo, la inasistencia en las citas de medicina y odontología especializada fue de 1,03% y 0,82% respectivamente. Para el año 2011, las cifras proporcionadas indican un notable incremento, siendo para la cita de medicina especializada la inasistencia del 14,42% y para odontología especializada de 20,54%. Para el caso de los usuarios de la Armada, la inasistencia en medicina especializada es de 2,3% y para odontología especializada de 9,72% para 2011.

Respecto de la Policía Nacional las regionales que presentaron el mayor porcentaje de inasistencia a citas en 2010 fueron la región 1 que corresponde a Bogotá, San Andrés, Cundinamarca y Boyacá con 12% y la región 8 que corresponde a Atlántico, Guajira, Magdalena, César y Sucre con 12%, las que incrementaron en mayor proporción el número de inasistencias de 2010 a 2011 fueron la 6 que corresponde a Antioquia, Córdoba y Choco con 243% y la región 3 que corresponde a departamentos de Caldas, Quindío, Valle y Risaralda con 118%.

#### **Cuadro 17**

#### **INCUMPLIMIENTO DE CITAS EN LA POLICÍA NACIONAL POR REGIONAL 2010 – 2011**

<b>Región</b>	<b>Usuarios 2010</b>	<b>Inasistencias 2010</b>	<b>% Inasistencia</b>	<b>Inasistencias 2011</b>	<b>Var. 2010 - 11</b>
1	948,698	110,008	12%	86,292	-22%
2	172,929	15,960	9%	12,613	-21%
3	74,378	5,623	8%	12,279	118%
4	251,786	24,117	10%	17,984	-25%
5	238,309	21,284	9%	21,956	3%
6	102,436	5,983	6%	20,510	243%

7	108,964	9,979	9%	9,807	-2%
8	377,367	46,914	12%	39,745	-15%
En blanco	1,107	26	2%	6	-77%
<b>Total</b>	<b>2,275,974</b>	<b>239,894</b>	<b>11%</b>	<b>221,192</b>	<b>-8%</b>

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Los establecimientos de sanidad de la Policía que presentaron el mayor porcentaje de inasistencia respecto de los usuarios atendidos fueron: ESP Área de Sanidad Cundinamarca con 16.5%, ESP Escuela Rafael Núñez 15.4%, ESP Unidad Médica Cartagena de Indias 13.6%, ESP Valledupar 12.3%, ESP Comando Guainía junto al ESP Distrito Garzón con 11.8%.

### 5.3 Productividad en Prestación del Servicio<sup>32</sup>

En relación con la productividad en las FFMM se presentan algunas inquietudes sobre la información remitida; por ejemplo, con el número de consultas de medicina general y especializada, e igualmente de odontología general y especializada realizadas por la DISAN del Ejército, se observa un incremento significativo entre el periodo 2010 y 2011, sin que se pueda explicar en un incremento en la población de usuarios.

En el Ejército, de acuerdo con el reporte de inasistencias se encuentra que la consulta médica especializada se incrementó entre los dos periodos en 39,4%, al pasar de 154.270 en 2010 a 215.128 consultas en 2011. Más inusitado aún, es el incremento en la consulta especializada de odontología, que para el mismo periodo tuvo un incremento del 121,4%, al pasar de 35.457 a 78.510 consultas. En medicina general el cambio fue menor (11,7%), no obstante siguió siendo superior al incremento de la población.

De cifras reportadas por DISAN FFMM para las tres fuerzas, respecto al número de consultas por especialidad en las vigencias 2009 a 2011, se halla que en conjunto, la consulta en medicina especializada desciende<sup>33</sup> pasando de 339.749 en 2009 a 248.666 en

<sup>32</sup> Para la medición del número de usuarios o consultas se cuenta con dos reportes diferentes, el primero que se tiene mide el número de consultas y remite el de inasistencias junto a éste correspondientes al Ejército y la Armada Nacional sin tomar en cuenta la Fuerza Aérea, en el segundo se reporta el número de consultas de manera independiente para las tres fuerzas en conjunto, encontrándose diferencias en cada reporte.

<sup>33</sup> Estas cifras no coinciden con las reportadas en el número de usuarios en inasistencias, en donde las consultas reportadas en medicina general fueron 717.735 en 2010 pasando a 780.526 consultas en 2011, mostrando un incremento de consultas en FFMM, resultado contrario al obtenido con el número reportado en

2010 y a 228.626 en 2011. En términos del valor total se presenta reducción al pasar de \$8.805 millones en 2009 a \$6.428 millones en 2010 y \$5.328 en 2011. De otra parte, en medicina general se produce un crecimiento de 36% en consultas al pasar de 603.147 en 2010 a 817.738 en 2011<sup>34</sup>, lo cual muestra una creciente utilización del servicio, asociada también a un incremento del valor total que pasa de \$5.280 millones en 2009 a 7.906 m en 2010 y \$10.866 millones en 2011.

**Cuadro 18**

**POBLACIÓN ATENDIDA CONSULTAS FFMM A NIVEL NACIONAL  
Y COSTO EN MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA 2009 – 2011**

Descripción	Vigencia	Cantidad	Vr/Unit	Total Vigencia
Consulta Medicina Especializada	2009	339,749	79,148	8,805,056,000
	2010	248,666	81,677	6,428,421,770
	2011	228,626	77,042	5,328,925,864
Promedio		272,347	79,289	6,854,134,545
Consulta Medicina General	2009	307,170	51,453	5,280,781,875
	2010	603,147	52,165	7,905,959,410
	2011	817,738	61,795	10,866,457,165
Promedio		576,018	55,138	8,017,732,817
<b>PROMEDIO GENERAL</b>		<b>424,183</b>	<b>67,213</b>	<b>7,435,933,681</b>

Fuente: Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

En relación con el número de consultas anual de 2009 a 2011 de las FFMM en medicina general se realizó un promedio en los tres años de 576.018 citas, mostrando una tendencia creciente en este servicio y en medicina especializada un promedio anual de 272.347 consultas, con una tendencia decreciente, que refleja una propensión a la baja en la utilización de ese servicio, lo cual no es consistente con la tendencia teórica en la utilización de este servicio, el cual aumenta cuando no hay mecanismos para la racionalización en su uso, tales como copagos o multas por inasistencia, o la condición de la remisión por parte del profesional de medicina general a medicina especializada, cuando lo considera necesario y que aspectos que no se hallan en el SSFP. En relación con el valor unitario promedio en medicina general fue de \$55.138 con tendencia creciente de éste y de

---

consultas realizadas. En medicina especializada se encuentra que el número de consultas fue de 242.854 en 2010 y 303.282 en 2011, que muestran un aumento de consultas.

<sup>34</sup> De las cifras reportadas para el número de inasistencias, en donde el número de usuarios en medicina general para 2010 fue de 717.735 en solo Ejército y Armada, en los reportes de usuarios en las tres fuerzas la cifra de usuarios en ese año fue de 603.147 con una diferencia inexplicable de 114.588 usuarios, lo cual confirma la inexactitud de las bases de datos en Disan FFMM.

\$79.289, en especializada con un comportamiento decreciente para este caso, lo cual significa que el costo no tiene influencia en el grado de utilización de los servicios y que éste se comporta de acuerdo con el nivel de variación creciente o decreciente en el número de consultas.

Si se analiza el número de consultas por medico en FFMM (De acuerdo a lo reportado para Ejército y Armada, los cuales cuentan con el 90% de ESM y el 100% de los médicos reportados en la oferta de servicios de la red interna), se puede apreciar un nivel de utilización del servicio de 57% respecto del potencial existente, de acuerdo con el número de médicos reportados (1.671.883 consultas efectuadas frente a 2.936.000 potenciales<sup>35</sup>).

Del total de establecimientos reportados 97% cuentan con medicina general, 92% odontología general, 23% medicina especializada y 13% los servicios de odontología especializada.

#### **Cuadro 19**

### **OFERTA DE SERVICIOS FFMM A NIVEL NACIONAL<sup>36</sup> 2011 MEDICINA Y ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA**

Región	Total	Med. Gral.	Med. ESP	Od. Gral	Od. Esp	Total Médicos	Consultas	Consultas / Medico
Noroccidente (1)	22	22	4	21	2	13	195,647	15,050
Sur (2)	24	20	1	18	0	20	85,341	4,267
Bogotá (3)	1	1	1	1	0	0	376,914	0
Centro (4)	48	48	15	46	12	51	405,241	7,946
Suroriente (5)	15	15	2	12	1	15	70,752	4,717
Suroccidente (6)	16	16	4	16	2	43	96,360	2,241
Norte (7)	20	20	8	20	4	221	279,115	1,263
Nororiente (8)	13	13	2	12	0	4	162,513	40,628
<b>Total(*)</b>	<b>159</b>	<b>155</b>	<b>37</b>	<b>146</b>	<b>21</b>	<b>367</b>	<b>1,671,883</b>	<b>4,556</b>

**Fuente:** Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS. \*Incluye los ESM de las Brigadas Móviles.

Se destaca el hecho de que solo dos regionales superan el número de consultas promedio por médico al año, en este caso Noroccidente (1) y Nororiente (8), en la primera región se halla la Estación de Guardacostas ubicada en Antioquia y el Batallón de Asalto Fluvial de Infantería de Marina No.3, sin embargo, en ninguna de las dos regiones se

<sup>35</sup> Supone un número de 8.000 consultas por medico al año.

<sup>36</sup> En Bogotá sólo se reporta el ESM de CATAM Ubicado en las instalaciones del Comando Aéreo de Transporte Militar (CATAM) Base Aérea, en el cual no aparece información de médicos.

encuentra un establecimiento que supere el primer nivel, por lo que las observaciones a partir de este hecho no pueden ser concluyentes y evidencian los problemas que la entidad tiene con el manejo y reporte de información. De esta situación se observa que algunas regionales de acuerdo con el número de médicos presentan subutilización de éstos en lo que corresponde a consulta potencial, como el caso de la región Norte en donde el número de consultas por médico no alcanza el 16% del potencial de atención.

En el caso de la Policía Nacional se tiene que por especialidad el mayor porcentaje de inasistencias se presentan en medicina general con 8% y por regional se tiene mayor porcentaje 10% en la primera que comprende a Cundinamarca y Bogotá y en el caso de medicina especializada 6%, con la más alta inasistencia en la región séptima con 15% que corresponde a Casanare, Meta, Vichada y Guaviare y la tercera, que corresponde a Risaralda, Caldas y Quindío, con 13%. Estas cifras indican un alto porcentaje de incumplimiento a las citas médicas, lo cual baja el nivel de efectividad en el servicio, si se considera que la eficacia<sup>37</sup> de atención en consultas se reduce en esa misma proporción.

#### **Cuadro 20**

#### **INASISTENCIA A CONSULTA POLICÍA NACIONAL<sup>38</sup> 2011 MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA**

Regional	Medicina General			Medicina Especializada			Total		
	Consultas programadas	Inasistencia	% Inasistencia	Consultas programadas	Inasistencias	% Inasistencia	Consultas programadas	Inasistencias	% Inasistencia
1	298,200	29,348	10%	264,427	15,560	6%	562,627	44,908	8%
2	127,508	7,538	6%	11,822	579	5%	139,330	8,117	6%
3	84,943	4,239	5%	3,849	512	13%	88,792	4,751	5%
4	182,721	11,558	6%	43,971	2,358	5%	226,692	13,916	6%
5	141,461	9,859	7%	31,381	1,560	5%	172,842	11,419	7%
6	84,438	6,259	7%	33,505	1,629	5%	117,943	7,888	7%
7	63,369	4,749	7%	2,668	402	15%	66,037	5,151	8%
8	200,746	19,027	9%	69,842	6,917	10%	270,588	25,944	10%

<sup>37</sup> Consultas realizadas versus programadas.

<sup>38</sup> En Policía Nacional dado que no se cuenta con información del número de médicos, no se calcula la atención potencial de consultas, sin embargo, se calcula que en medicina general y especializada por el número de consultas programadas al año se tendrían en promedio a tiempo completo 148 médicos en medicina general y 58 en especializada.

Total	1,183,386	92,577	8%	461,465	29,517	6%	1,644,851	122,094	7%
-------	-----------	--------	----	---------	--------	----	-----------	---------	----

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Respecto de la calidad de los servicios en la Policía, las encuestas de satisfacción de los usuarios no alcanzan resultados satisfactorios en lo que tiene que ver con las citas médicas. Se agrega, así mismo como factor de no calidad, el alto nivel de inasistencia a la consulta externa, situación que impacta directamente en el costo de producción de los servicios. Una situación generadora de riesgos jurídicos para la institución y que afecta la seguridad de los pacientes, tiene que ver con el bajo número de establecimientos de sanidad policial habilitados; circunstancia que obliga a un tratamiento especial por parte de la institución en los planes de mejoramiento de la calidad de los servicios.

Una alta utilización de servicios médicos especializados, el consumo elevado de medicamentos y el incremento creciente de los presupuestos per cápita (80% más alto que la UPC de la población general); aunado a mínimas modificaciones en el perfil epidemiológico permiten establecer que la utilización de los recursos no ha sido eficiente.

#### 5.4 Costo de Medicamentos y Consumo en Enfermedades de Alto Costo

Existe la práctica en el servicio de salud de la Fuerza Pública a una utilización creciente de medicina especializada, con la utilización de modernas tecnologías y de medicamentos de marca, con la más mínima utilización de genéricos y sin el concepto del médico general cuando se solicita esta especialidad, todo ello eleva el costo del servicio, pero además induce al usuario a una utilización más frecuente de este, con una alta proporción de inasistencia. Así mismo, en enfermedades de alto costo, esta circunstancia eleva la inasistencia y la tendencia de los mismos pacientes a incurrir en hábitos que van en contra de su misma salud.

#### Cuadro 21

#### MEDICAMENTOS DE MAYOR COSTO<sup>39</sup> DISAN POLICÍA 2009 - 2011

Medicamento	2009	2010	2011
FACTOR VII ACTIVO DE COAGULACION	15,636,207	15,636,207	14,837,489
NOVOSEVEN 2.4MG AMPOLLA	15,636,207	x	x
SOMATULINE AUTOGEL 120MG JERG	x	13,130,000	11,318,938

<sup>39</sup> Las Xs corresponden a la ausencia en la compra del medicamento para el año respectivo.

PANHEMATIN 313MG VIAL SOL.INY	10,908,000	x	x
TRASTUZUMAB	10,073,019	10,073,019	10,073,019
FACTOR VII	x	9,350,453	9,350,453
RITUXIMAB	8,972,473	8,972,473	8,972,473
ELAPRASE 2 MG/ML SOL,INY VIAL	x	7,404,310	7,404,310
SYNAGIS 100 MG AMPOLLA	4,635,443	x	x
PALIVIZUMAB	4,589,548	4,589,548	4,589,548
SYNAGIS 100 MG CJ X 1 VIAL	4,589,548	x	x
NAGLAZYME 5MG/5ML AMPOLLA	4,464,200	4,464,200	4,464,200
CAELIX 50 MG AMP	4,208,435	4,362,153	x

**Fuente:** Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Con relación a los medicamentos de mayor costo se encuentra que en Disan de la Policía, éste varía en las distintas regionales y que de un año a otro no necesariamente se aprovisionan, siendo los de mayor costo de 2009 a 2011 el factor VII activo de coagulación, el Novoseven 2.4mg ampolla y el Somatuline autogel 120 mg, los cuales superaron en cada caso los cuatro millones de pesos.

En el caso de las FFMM, de acuerdo con la respuesta de la Dirección General de Sanidad Militar, la entidad viene estructurando un modelo que se aproxima al costo de los Servicios de salud que presta el SSFM; dicho modelo se concibe como una base de datos que sirve como portafolio de servicios y procedimientos en salud de cada Establecimiento de Salud, incluyendo los respectivos Satélites; esta base o herramienta ofimática calcula el flujo de los recursos en cada servicio asistencial previa clasificación y estandarización de criterios, permitiendo establecer necesidades y consumos en el tiempo, previo análisis de la información y, teniendo en cuenta las variables y conceptos del costo (Mano de obra, propiedad-planta y equipo, recursos monetarios, servicios y suministros) clasificados en fijos y variables, así la herramienta a partir del diligenciamiento y registro de datos en plantillas específicas, va cargando la información de cada servicio y de cada ESM, permitiendo obtener un primer acercamiento al costo de los servicios que el SSFM brinda a sus usuarios.

La información que conforma la base de datos proviene de acuerdo con Disan de las FFMM, de fuentes fidedignas como son los programas CNT y KAKTUS, que son software de almacén, inventarios, contabilidad y personal, apoyados en personal capacitado en costos. Lo anterior, de acuerdo con la misma entidad, se emplea mientras entra en

operación el BI (Bussines Intelligent) del proyecto SISAM, que da origen al Sistema Integrado de Información en Salud del SSFM ya su vez este comienza a dar sus frutos.

Los medicamentos suministrados a los pacientes de las FFMM en 2011, relacionados también con enfermedades como cáncer en sus diversos tipos, enfermedad de Crohn, Artritis reumatoide, esclerosis múltiple, procesos de diálisis, VIH, entre otras, fueron los siguientes:

## Cuadro 22

### MEDICAMENTOS DE MAYOR COSTO DISAN FFMM 2011

Medicamento	Valor unitario
Infliximab 100 mg ampolla	2,372,224
Adalimumab 40 mg ampolla	1,913,240
Clostridium Botulinum tipo a (100u) 4.8 NG ampolla	1,002,311
Interferon beta 1-b ampolla	374,665
Levonorgestrel 75 mg implante	339,124
Somatropina recombinante humana 16 UI ampolla	271,260
Insulina análoga de acción larga 100 UI/ml ampolla	172,029
Fumarato de ketotifeno GO OFT	46,589
Fumarato de formoterol 12 mcg cap aer buc	39,498
Polientilenglicol/propilenglicol (0,4+0,3)% GO OFT	37,928
Nutrición especializada para diabéticos sol oral	26,420
Nutrición completa para adulto polvo oral	22,089

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Respecto del costo del medicamento Infliximab, llama la atención que a 2011 su precio público era así: \$17.047,76 X mG y el Vial x 100 mG: \$1.704.700, un precio menor al reportado por Disan FFMM.

De igual forma el Clostridium Botulinum (BOTOX), que es medicado en el bloqueo de la actividad nerviosa de los músculos, es necesario tener en cuenta que en Colombia su mayor uso es con fines cosméticos, para disminuir la apariencia de las arrugas de la cara, muy utilizado por dermatólogos, cirujanos plásticos y esteticistas.

También Levonorgestrel 75 mg implante, que inhibe la ovulación y por lo tanto es utilizado para la anticoncepción de largo efecto, tiene sustitutos más económicos.

La Somatropina recombinante humana, indicada en problemas del crecimiento de los niños, generalmente por déficit hormonal, en el SGSSS el POS no lo contempla y se accede a éste mediante la acción de tutela, es interesante que en el SSFP se encuentre a



disposición sin dificultad, lo cual pone de presente la presencia de ventajas de este Sistema respecto del General, dado que lo que ocasionaría tutela en el POS, en este otro se resuelve mediante un comité técnico de aprobación en medicamentos de alto costo, evitando este dispendioso trámite jurídico.

Las enfermedades de mayor costo total en 2011 fueron la epilepsia, el asma y el cáncer de próstata, aunque en valor unitario fueron el cáncer de próstata, cáncer de mama y el cáncer de cérvix.

### Cuadro 23

#### **COSTO Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DISAN FFMM 2011**

ENFERMEDAD	Valor Unitario	Cantidad	VALOR
Cáncer de próstata	17,713	15,835	280,484,565
Cáncer de mama	5,372	6,710	36,047,054
Cáncer de cérvix	3,737	1,541	5,758,836
Asma	2,747	142,913	392,631,731
Enfermedad renal crónica	2,612	32,294	84,365,468
Epilepsia	2,332	196,506	458,197,876
Cáncer de colon	2,095	2,384	4,993,998
Cáncer de estómago	945	1,794	1,694,730
Hipertensión	781	53,565	41,837,378
Artritis	350	705	246,797

**Fuente:** Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

Para el caso de la Policía Nacional las enfermedades de más alto costo fueron en valor total la esclerosis múltiple, la hemofilia y el cáncer de próstata, esta última que tiene el mayor costo en FFMM, pero menor que en la Policía.

### Cuadro 24

#### **COSTO DE MEDICAMENTOS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DISAN PONAL JULIO 2011 – JULIO 2012**

ENFERMEDAD	Valor Total
Esclerosis múltiple	627,066,340
Hemofilia	618,714,354
Cáncer de próstata	335,341,781
Cáncer-epoc-artrosis	111,100,058
Crónico degenerativas	59,402,760

**Fuente:** Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Se observa que los diferentes tipos de cáncer son las enfermedades de más alto costo tanto en FFMM como en la Policía, en donde se analizó por paciente el costo anual.

Así como en Disan de las FFMM, en la Policía Nacional el elevado consumo de servicios soportados en alta tecnología, en especial de medicamentos y el énfasis en la consulta especializada, son expresiones de comportamientos en los usuarios que caracterizan la presencia de fenómenos como el Riesgo Moral, el cual hace referencia a cambios en el comportamiento de los individuos cuando se encuentran cubiertos con seguros; una vez protegidos, los incentivos para evitar los riesgos se reducen en los mismos asegurados.

Es preciso señalar, que *“en términos del mercado de aseguramiento de salud, existen dos clases de riesgo moral: el riesgo moral ex-ante y el riesgo moral ex-post. El riesgo moral ex ante se refiere a la decisión de cuidarse menos una vez el individuo está asegurado, mientras que el riesgo moral ex-post hace referencia a la decisión de consumir procedimientos cubiertos por el seguro que no se consumirían si el individuo tuviera que pagar completamente por ellos. Cabe notar que el primer tipo de riesgo moral no es significativo en los mercados de aseguramiento de salud ya que los costos de estas acciones van más allá de los beneficios que puede ofrecer el sistema”*<sup>40</sup>. Es entonces cuando se dice que el paciente sabiendo que está cubierto por parte del Sistema con cualquier costo de tratamiento y seguros de enfermedad toma hábitos que contradicen los esfuerzos en medicina preventiva que se pudieran llevar a cabo e incurre en actitudes que ponen en riesgo su salud.

## **5.5 Cursos de capacitación y encuestas de satisfacción**

En cuanto al número de cursos orientados a la salud realizados en las Fuerzas Militares, los cuales se dirigen al mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio, se observa que éstos se incrementaron en promedio 42% entre el 2003 y 2011, éstos se orientaron a especializaciones, seminarios y cursos en temas como medicina interna, anestesiología, pediatría, neuropsicología, oftalmología, psicología clínica, odontología pediátrica, que en el caso de la Fuerza Aérea alcanzo a cubrir a 3302 personas entre médicos y personal de salud en las 167 capacitaciones efectuadas de 2005 a 2011.

---

<sup>40</sup> Santamaría S. Mauricio; Fabián García y Tatiana Vásquez. El Sistema de Salud en Colombia: Riesgo Moral y Selección Adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

**Cuadro 25**

**CAPACITACIONES REALIZADAS DISAN FFMM 2003 – 2011**

	<b>FAC</b>	<b>ARC</b>	<b>DGSM</b>	<b>Total</b>	<b>Var. %</b>
2003	-	7	-	7	-
2004	-	8	-	8	14%
2005	9	12	-	21	163%
2006	12	7	-	19	-10%
2007	14	10	-	24	26%
2008	24	21	3	48	100%
2009	33	20	6	59	23%
2010	33	13	5	51	-14%
2011	42	19	4	65	27%
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>117</b>	<b>18</b>	<b>302</b>	<b>41%</b>

**Fuente:** Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

Adicional a está capacitación se realizaron entrenamientos de carácter físico que en el caso del personal de vuelo en las tres fuerzas, capacitó a 3.534 efectivos, 75% de la FAC, 15% de Policía Nacional, 9% de Ejército y 2% de la Armada Nacional correspondiente a entrenamiento en hipobaría incluye exposición a hipoxia hipobárica, enfermedad por descompresión, visión nocturna en hipoxia, uso de mascarar y equipos de oxígeno en ambientes hipobáricos, test de presión positiva con equipos de oxígeno.

Para el caso de Disan Policía se observa un bajo nivel de capacitación del personal médico si se toma en cuenta que el número de personas<sup>41</sup> que asistieron a las diferentes modalidades de instrucción solo en 2011 es significativo pues en años anteriores no se excedió de 18 personas capacitadas, un número que se alcanzó en el año 2007. Respecto a los temas en que se capacitó el personal se encuentra un bajo porcentaje de temas referentes a salud 6% (18 personas), pues en su mayor parte se orientaron en cinco temas administrativos que fueron los de contratación estatal, carrera administrativa, ciudadano digital, actualización jurídica y el de sensibilización y motivación policial, en los cuales se capacitaron 249 personas el 82% del total capacitado de 2003 a 2011.

<sup>41</sup> En la información reportada por la entidad aparece como elemento fundamental el número de personas capacitadas, que como en el caso del año 2003, no se puede relacionar el número de cursos, dado que nos resultarían dos cursos con una sola persona capacitada en cada uno de ellos.

**Cuadro 26**

**CAPACITACIONES REALIZADAS DISAN PONAL 2003 – 2011**

	<b>Personal Capacitado</b>	<b>Var. %</b>
2003	2	
2004	7	250%
2005	4	-43%
2006	6	50%
2007	18	200%
2008	4	-78%
2009	10	150%
2010	6	-40%
2011	245	3983%
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>559%</b>

**Fuente:** Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Sobresale el hecho de que en Disan FFMM la capacitación se dirigió a temas de salud con una gran parte de diplomados alcanzando el nivel de especialización, en tanto que en Disan de la Policía se orientó a temas administrativos, en el que solo se dictaron dos diplomados, quedando en su mayor parte a nivel de cursos y seminarios, los cuales no ofrecen a sus participantes un mayor reconocimiento profesional.

Para Disan de las FFMM dentro del componente de auditoría del servicio la aplicación trimestral de encuestas de satisfacción al cliente externo en cada uno de los Establecimientos de Sanidad por medio de la contratación de una empresa externa para que diseñe, aplique y tabule una encuesta de satisfacción, en este caso DATEXCO, con una encuesta a 6.276 Usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de 44 ESM, se encontraron los siguientes resultados:

**Cuadro 27**

**RESULTADO DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DISAN FFMM 2011**

<b>INSATISFACCIÓN</b>	<b>(IS) Índice de Satisfacción</b>	<b>No. Usuarios</b>	<b>% Usuarios Insatisfechos</b>
Asignación de citas	3.36	6,152	54%
Urgencias y/o prioritarias	3.82	5,229	31%
Farmacia	3.8	6,133	29%
Consulta externa	3.87	5,819	24%
Trato recibido	3.81	6,276	18%
Atención área administrativa	3.95	6,276	18%
Instalaciones físicas	3.96	6,276	18%

FUERZA	IS	No. Usuarios	% U. Insat.
<b>Ejército Nacional</b>	3.71	4,686	34.4%
<b>Armada Nacional</b>	3.77	1,064	23.7%
<b>Fuerza Aérea Colombiana</b>	3.81	526	25.0%

**Fuente:** Disan FFMM.

De acuerdo con la información suministrada por Disan Fuerza Militar, el índice de satisfacción más alto lo obtuvo la Fuerza Aérea, seguido de la Armada, y por último el Ejército, además se identifica la participación que tuvo cada fuerza en el estudio dependiendo de los usuarios, Ejército 74.7%, Armada 17.0% y FAC 8.4%, es proporcional al número de efectivos de cada fuerza. No obstante disponer de encuesta se puede apreciar que la población encuestada para la Fuerza Aérea es limitada, sería importante ampliar la misma; en igual sentido para la Armada; así mismo, de acuerdo con el número de usuarios atendidos, no obstante, sería necesario previamente conocer la metodología de extracción de la muestra, pues se encuentra que el más alto porcentaje de insatisfacción lo tiene el Ejército con 34,4% y el más bajo en Armada con 23,7%

De otra parte, de acuerdo con los resultados de la encuesta, se observa que por servicio prestado el índice más bajo de satisfacción (3.36) se tiene en asignación de citas con un 54% de usuarios insatisfechos, lo cual es un resultado claramente deficiente, pues representa la mitad de los usuarios inconformes en este aspecto, el cual es seguido en porcentaje de insatisfacción por urgencias con 31%, farmacia 29%, consulta externa 24% y trato recibido por personal de atención 18%. Como una posible consecuencia de lo anterior, la percepción de calidad y los índices de satisfacción de los usuarios con los servicios no son los mejores; en cambio, ofrecen importantes oportunidades de mejoramiento, dado que se encuentran en el rango de regular (Calificación de 3 a 4).

En cuanto a las encuestas de satisfacción, que se realizan como parte de la gestión orientada al mejoramiento de la calidad por parte de Disan Policía, se halla que respecto de los diferentes servicios prestados, la demora en atención tiene el mayor porcentaje de insatisfacción con 56% en 2010 y 66% en 2011 incrementándose en 10 puntos porcentuales este último año, en particular se tiene insatisfacción por la oportunidad en las citas en donde se aumenta en 6 puntos porcentuales al pasar de 40% a 46%. De la misma manera, se encuentra insatisfacción en la prestación del servicio por la no disponibilidad de contrato

que teniendo un 16% en 2010 desciende a 15% en 2011, igualmente, en un pequeño porcentaje, existe insatisfacción por el trato del personal que en 2010 fue de 4% pasando en 2011 a 3%, mostrando leve mejoría de un punto porcentual.

**Cuadro 28**

**RESULTADO DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DISAN POLICÍA 2010 - 2011**

INSATISFACCIÓN	EVENTO	2010-%	2011-%	Var 10-11
Demora en la atención	Solicitud de citas	16%	20%	4%
	Oportunidad de citas	40%	46%	6%
	Atención médica	2%	3%	1%
	Atención administrativos	1%	1%	0%
<b>TOTAL</b>		<b>56%</b>	<b>66%</b>	<b>10%</b>
No prestación del servicio	No disponibilidad de contratos	16%	15%	-1%
	Falta presupuesto	5%	3%	-2%
	Falta profesional	1%	2%	1%
<b>TOTAL</b>		<b>22%</b>	<b>20%</b>	<b>-2%</b>
Trato del personal	Profesionales de la salud	4%	3%	-1%
	Enfermería	2%	2%	0%
	Administrativo	2%	1%	-1%
<b>TOTAL</b>		<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>-2%</b>
Procedimiento asistencial	Procedimiento medico	2%	2%	0%
	Procedimiento quirúrgico	2%	1%	-1%
<b>TOTAL</b>		<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>-1%</b>
Suministro de medicamentos	Demora en la entrega	6%	2%	-4%
	Trato del personal	2%	2%	0%
	No se encuentra el medicamento	2%	1%	-1%
<b>TOTAL</b>		<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>-5%</b>

Fuente: Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

Se muestra que aún disponiendo de un alto gasto per cápita, de una infraestructura de servicios y de ESP que tienen capacidad potencial de atención, existe inconformidad en esta área del servicio mostrando debilidades en la asignación de citas, que no obstante ser satisfechas de acuerdo con la demanda, también se observa que existe un alto porcentaje de inasistencia por parte de los usuarios a estas, con lo que se abre paso para el mejoramiento en la eficiencia del servicio y establecer mecanismos de incentivos para la solución en este aspecto tales como cuotas moderadoras, copagos, sanciones pecuniarias por incumplimiento a citas, que como en el SGSSS le permiten mejorar la eficiencia.

## **6. COMPARATIVO CON EL REGIMEN GENERAL**

De la comparación independientemente del número de usuarios interesa analizar la tasa y la base de cotización al Sistema de Salud y la morbilidad, como aspectos que reflejan la gestión e los recursos y la eficacia de su utilización.

### **6.1. Cotizantes, Beneficiarios y Prestación de Servicios.**

El Sistema de Salud de la Fuerza Pública y el regido por la Ley 100, comparten la misma tasa de cotización de 12,5% que en el régimen general, distribuidos en el caso de la Fuerza Pública 5% empleado y 7,5% empleador, que en este caso es la nación por medio del Ministerio de Defensa.

Para el caso del Sistema de la Fuerza Pública, a 2011 contaba con 565.919 cotizantes<sup>42</sup> con 604.349 beneficiarios, con una relación de 1,06 beneficiarios para cada cotizante<sup>43</sup>, muy cercano al régimen contributivo de Ley 100, en donde se encuentran 9,3 millones de cotizantes a las EPS, con 10,1 millones de beneficiarios<sup>44</sup> con un promedio de 1,08 por cada cotizante.

Con relación a los medicamentos para el régimen de la Fuerza Pública, existe un vademécum que determina ciertas restricciones, pero en la práctica son solucionadas rápidamente en el Comité Técnico Científico, evitando de esta manera que el usuario tenga que acudir a las instancias legales como la tutela<sup>45</sup>. Mientras, que en el régimen de Ley 100 las restricciones establecidas por el POS conducen al usuario en gran medida a establecer acciones legales, congestionando con ello el sistema judicial y deteriorando su calidad de vida.

### **6.2. Base de Cotización del Sistema**

El sistema regido por la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 797 de 2003<sup>46</sup>, determina que la base<sup>47</sup> para calcular las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social es el

---

<sup>42</sup> Es importante recordar que los alumnos y los soldados regulares son usuarios del sistema, pero no cotizan, en el caso de Disan FFMM son 34.649 no cotizantes.

<sup>43</sup> Esta baja relación se explica por la pertenencia de varios miembros de la familia al servicio de la Policía en particular y en algunos casos de las Fuerzas Militares.

<sup>44</sup> Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Estadísticas de Segundo Nivel. A mayo de 2011.

<sup>45</sup> Sin embargo, aún persiste demora en la entrega de medicamentos, como se puede apreciar en el numeral 6 de este documento respecto de los resultados de las auditorías.

<sup>46</sup> El artículo 18 de la Ley 100 de 1993, fue modificado por el artículo 5 de la Ley 797 de 2003.

<sup>47</sup> El límite de la base de cotización es de 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes para trabajadores del sector público y privado.

salario mensual. Para el caso de los trabajadores particulares, se tiene en cuenta lo definido como salario según lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo. La cotización de los trabajadores con salario integral, se calcula sobre 70% de dicho salario.

El artículo 3 del Decreto 510 de 2003, establece que la base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá ser la misma para el Sistema General de Pensiones, salvo que el afiliado cotice para el Sistema General de Pensiones sobre una base inferior.

En síntesis, la base de cotización para el Sistema de Seguridad Social, es el salario con excepción de los pagos que no lo constituyen, y se unifica ésta para los aportes a salud y pensiones, de tal forma que en todo caso, el valor de la cotización mantendrá siempre una relación directa y proporcional con el de la pensión.

Ahora, respecto del Sistema de Salud de la Fuerza Pública, regido por la Ley 352 de 1997 y el Decreto Ley 1795 de 2000, en el artículo No. 36, el párrafo primero de éste, establece que: *“se entiende por ingreso base el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar del personal militar en servicio activo, del personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil; la asignación de retiro para el personal que disfruta de ésta o sus beneficiarios; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de ésta; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios y el salario mensual para los soldados profesionales”*. Es en este sentido, si se compara con la base de liquidación para asignaciones de retiro, sea esta por enfermedad, invalidez o cumplimiento de los requisitos de edad y tiempo de servicio, esta contempla la mayor parte de factores salariales, con lo que se encuentra desproporcionalidad con la base de cotización, que al igual que en salud solo considera el sueldo básico más el subsidio familiar, en el caso en el que lo perciba.

## Cuadro 29

### COMPARATIVO BASES DE COTIZACIÓN EN SALUD

Régimen de la Fuerza Pública		Régimen General
Clasificación	Concepto	
Personal militar, policial y civil.	Sueldo básico.	“Salario Mensual”, constituido por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remuneración ordinaria.</li> <li>- Primas.</li> <li>- Sobresueldos.</li> <li>- Bonificaciones habituales.</li> <li>- Trabajo suplementario.</li> <li>- Porcentajes sobre ventas.</li> </ul>
	Subsidio familiar.	
Personal con asignación de retiro, o beneficiario.	Asignación de retiro.	
Pensionados y beneficiarios.	Pensión.	
Soldados voluntarios.	Bonificación mensual.	



Soldados Profesionales.	Salario mensual.	- Comisiones.
-------------------------	------------------	---------------

Fuente: Decreto Ley 1795 de 2000, Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003.

Mientras que en el Régimen General de Salud regido por la Ley 100 se cotiza con fundamento en el salario mensual con todos los factores, lo regulado para la Fuerza Pública mediante la Ley 352 de 1997 y el Decreto Ley 1795 de 2000, lo hace únicamente sobre la asignación mensual recibida por concepto de sueldo básico, adicionado sobre el subsidio familiar.

Para la Fuerza Pública, algunos conceptos de pagos laborales no forman parte de la base de cotización en salud, como son los gastos de representación para oficiales generales, las primas de actividad, vuelo, antigüedad, de estado mayor, navidad y academia superior, entre otras.

Es importante destacar que en algunos casos y dependiendo el rango de clasificación, el ingreso base de cotización de la Fuerza Pública oscila entre el 50 y 60 por ciento del ingreso laboral mensual devengado, dados los mayores beneficios de los que disfrutaban los grados superiores en términos de sus ingresos.

### 6.3. Causas de Morbilidad en Usuarios de SSFP

En relación con las causas de morbilidad de los usuarios del Sistema de Sanidad de la Fuerza Pública, se halla que en las Fuerzas Militares predominan las relacionadas con aquellas enfermedades que pueden ser prevenibles con una adecuada prevención tales como las caries o la hipertensión.

#### Cuadro 30

#### PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD FUERZAS MILITARES 2011

DIAGNÓSTICO	CODIGO CIE-10	TOTAL CONSULTAS
Caries de la dentina	I10X	76,865
Hipertensión esencial (primaria)	K021	68,539
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	M545	53,829
Lumbago no especificado	M545	33,261
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	K050	23,659
Gingivitis aguda	N390	20,545
Infección de vías urinarias, sitio no especif.	K051	19,905
Gingivitis crónica	B829	18,454
Cefalea	A09X	13,500
Amigdalitis aguda, no especificada	J039	11,818

Parasitosis intestinal, sin otra especificación	E782	10,664
Fiebre, no especificada	Z000	9,370
Hipotiroidismo no especificado	E039	9,252
Hiperlipidemia mixta	R509	9,025
Examen médico general	K020	7,837
Caries limitada al esmalte	R51X	7,417

**Fuente:** Disan FFMM. Cálculos CGR. DES DJS

La morbilidad en las FFMM es similar a la existente en el régimen contributivo en donde predominan las enfermedades en dientes, la hipertensión, enfermedades intestinales y los contagios respiratorios, junto a infecciones de vías urinarias y lumbago. De igual manera en la Policía Nacional la morbilidad responde al patrón nacional y del SGSSS y es similar al de las Fuerzas Militares.

### **Cuadro 31**

#### **PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POLICÍA NACIONAL 2011**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>CODIGO CIE-10</b>	<b>TOTAL CONSULTAS</b>
Caries dental	I10X	164,718
Hipertensión esencial (primaria)	K021	149,609
Lumbago no especificado	M545	52,540
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	M545	44,242
Diabetes	E119	42,178
Gastritis	K297	35,390
Osteoartrosis		33,943
Cefalea	A09X	28,090
Hipotiroidismo	E039	27,094
Dislipidemias		23,648
Dolor en articulación	M255	22,319
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	K051	20,861
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	E782	20,269
Síndrome de colon irritable		18,817
Presbicia		18,315
Diarrea y gastroenteritis	K050	17,275

**Fuente:** Disan PONAL. Cálculos CGR. DES DJS

El análisis de los resultados en términos de utilización de los servicios y de carácter epidemiológico, denota que si bien, los cambios del sistema de salud basado en el aseguramiento están plenamente arraigados; estos no se correlacionan con el modelo de atención imperante, el cual se insinúa con pocos cambios, siendo marcadamente

medicalizado y curativo, y no está soportado en la promoción y prevención, estrategias que se facilitan en su implementación en poblaciones cerradas, poco cambiantes y respaldadas por ingresos derivados de su vinculación laboral activa, en situación de retiro o de carácter pensional. En todo caso, tal como lo hace evidente el análisis del perfil epidemiológico, no existe una clara intencionalidad en los programas y servicios de la Disan PONAL en afectar el mismo a partir de una estrategia sistemática y sostenida de atención primaria. Un sistema de salud que ha tenido durante más de una década mejores niveles de financiación, debería ya tener una situación de salud diferente a la del sistema general. La incidencia y prevalencia de patologías crónicas por ejemplo, no es muy diferente a la de la población general; no obstante, que tienen un mejor y más frecuente acceso a los servicios especializados y a la utilización de las últimas tecnologías de salud.

Una observación de Disan Policía, que muestra la importancia del enfoque preventivo, es aquella en la cual se menciona que junto a las infecciones respiratorias agudas como síntoma más alto de morbilidad, entre el grupo de personas de 5 a 14 años: *“Entre los adolescentes casi se mantienen las mismas causas que los del grupo anterior, sin embargo vale la pena resaltar que un 2 % de la consulta de este grupo ya es por control prenatal, lo que implica seguir culturizando desde edades tempranas para evitar embarazos en adolescentes”*.

De la misma forma para reafirmar nuestra observación la información de Disan Policía establece que: *“una vez en la madurez desde los 45 a los 59 años, ya aparecen las enfermedades cardiovasculares como la segunda causa de consulta y con un 12 % del total de éstas, y aparecen por primera vez los trastornos endocrinos y metabólicos, cuya causa principal es la diabetes”* poniendo de presente la necesidad de reafirmar los programas de prevención.

## **VII. CONCLUSIONES**

Si bien el SSFP se estructura como un sistema autónomo, cuya administración se desarrolla de forma descentralizada y desconcentrada de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares, los Directores de salud obedecen la orientación de los comandantes de cada Fuerza y es a los directores de cada Disan a quien se dirige el presupuesto y quienes

determinan acerca de su uso, lo cual afecta la dirección unificada del Sistema en términos de la política que integre a las diferentes fuerzas en un solo servicio, lo cual incide además en el alto costo del servicio.

La distribución de establecimientos de sanidad de la Fuerza Pública atiende de manera separada a los usuarios de Fuerzas Militares en cada fuerza y de la Policía, teniendo con ello mayor intensidad en la afluencia de usuarios en los establecimientos de sanidad de ciertas regiones que coinciden con una baja utilización en la misma región del establecimiento de otra fuerza o de la Policía, lo cual se soluciona con una integración o utilización conjunta de servicios por parte de la Fuerza Pública, para lo cual se debería permitir el establecimiento de alianzas o convenios dirigidos a mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios; más aún, cuando en algunas regiones con problemas endémicos de orden público la cobertura de los servicios es mínima.

Se observa el hecho de que una gran proporción de usuarios del Sistema de Salud de la Fuerza Pública tiene la condición de no cotizante, sin ser beneficiario como el caso de alumnos o auxiliares, en las FFMM representan el 17% de usuarios (109.827 personas) en 2011, en la Policía Nacional son 6% (34.649 personas), los cuales sumados a la población beneficiaria son una alta proporción de usuarios que no cotizan al Sistema de Salud de la Fuerza Pública, constituyéndose en un costo significativo del Sistema.

Respecto de la distribución por edades de la población del SSFP se encuentra que más de un tercio de la población total no es cotizante, dentro de ellos los menores de edad y la población mayor de 50 años que son beneficiarios, los cuales contribuyen a incrementar los costos del Sistema.

Respecto a la vinculación del personal que labora en el SSFP, se observa que en Disan Militar y de la Policía el número de contratistas durante el periodo 2004 – 2011 se ha incrementado 60%, en Disan FFMM y 100% la de la Policía, lo mismo sucede con el personal uniformado que aumenta 46% en Disan FFMM y 28% en Disan Policía, mientras que el personal de planta se incremento 9% en Disan FFMM, mientras que en Disan Policía decreció 14%, de este hecho se destaca que el personal militar o de Policía, que es pagado por su propia fuerza, se constituye en un subsidio al SSFP que si se sumará a los costos de éste reduciría su eficiencia en términos económicos.

La ejecución presupuestal del sector salud de la Fuerza Pública pasa de \$485.163 millones en 2000 a \$1.439.548 millones en 2011, con un crecimiento nominal de 197% durante el periodo, ha representado un promedio de 0,24% de participación en el PIB de 2001 a 2011 y ha mostrado un crecimiento real a precios de 2011 de 53% en el periodo 2003 a 2011, al pasar de \$0,95 billones a \$1,46 billones en 2011, lo cual pone de presente una asignación y un crecimiento del gasto en SSFP que supera el crecimiento de la producción nacional, es decir, del sustento real sobre el cual debe crecer el resto de variables en la economía.

Si se observa el crecimiento a precios corrientes del presupuesto per cápita destinado a la Fuerza Pública, se encuentra que del año 2000 al 2011 el PPC de Disan FFMM se incrementó en 119% al pasar de \$468.769 a \$1.024.267, en el caso del PPC de la Disan Policía el crecimiento fue del 133%, al pasar de \$450.178 a \$1.049.052 en 2011, si se compara con la unidad de pago por capitación del Régimen Contributivo UPC-C de este último año, por valor de \$500.583,60, se convierte en una asignación presupuestal per cápita para el Sistema de Salud de la Fuerza Pública 2,4 veces superior a la del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Como un componente y un elemento esencial del costo se tiene el de los medicamentos, que son además un componente importante de la contratación efectuada por Disan de las FFMM, el cual se incrementa de 2004 a 2010 en 856% al pasar de \$16.750 millones en 2004 a \$160.077 millones en Disan FFMM en 2010, en el caso de Disan Policía muestra un comportamiento irregular pues disminuye 74% de 2003 a 2004, pero de 2004 a 2005 se incrementa significativamente un 550%, y si se observa de 2005 a 2007 su variación fue de 300%.

Si se mira al comportamiento del presupuesto del SSFP en relación con los gastos de medicamentos se aprecia una variación significativa debido a dicho componente, que si se compara con el crecimiento del número de consultas o con la tasa de morbilidad no se encuentra explicación salvo en el crecimiento del precio de los medicamentos o en la sustitución de genéricos por medicamentos de marca.

En relación con la obligación en la habilitación de los servicios de salud en el SGSSS, se tiene que en los establecimientos de sanidad de la Fuerza Pública, dado que el decreto 1011 de 2006 exceptúa de esta obligación a las Instituciones del Sistema de Salud

pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud SOGCS, dejándolo de manera obligatoria, solo cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales, se puede establecer que existe un problema grave para el logro de la calidad en la prestación del servicio de salud del SSFP, mas cuando la acreditación está condicionada al logro de estos procesos de habilitación.

La reiterada inasistencia a las consultas programas en el SSFP es un fenómeno que preocupa, pues incide directamente en la baja productividad y más aún, conduce a la ineficiencia de los servicios, al incrementar los costos de producción de los mismos, es el caso de Ejército y Armada, el cual para 2011 supera el 10% en cada especialidad, evidenciando la falta de medidas en este sentido, en medicina general por ejemplo el incumplimiento fue de 10% en 2011 y más alto en odontología especializada 19% pues en esta misma se paso de 320 inasistencias a 17,275 inasistencias en 2011.

En relación con la eficiencia en la prestación del servicio si se analiza el número de consultas por medico en FFMM, se puede apreciar un nivel de utilización del servicio de consultas de 57% respecto del potencial existente, pues de acuerdo con el número de médicos reportados, estos realizaron 1.671.883 consultas frente a 2.936.000 potenciales.

El SSFP tiene una tendencia a la utilización de medicina especializada con un alto componente de tecnología y frente a un cubrimiento por parte de estado de la totalidad del costo del servicio se hace presenta el riesgo moral que hace que el paciente descuide su salud y muestre un elevado porcentaje de inasistencia a consultas, con lo que se pone de presente que si hubiese la presencia de mecanismos o de un sistema para la racionalización de la utilización del servicio tales como copagos, cuotas moderadoras, o multas y sanciones pecuniarias por incumplimiento a citas , el Sistema sería más eficiente y ahorraría en costos por la utilización de cada especialidad.

Dado que es un Sistema con un alto costo y una asignación presupuestal creciente, no se explica la similitud de unos patrones de morbilidad semejantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual refleja además de baja eficacia en la prestación del

servicio, un descuido en los programas de prevención y de utilización de la medicina preventiva.

No es justificable la existencia de un Sistema con un alto presupuesto per cápita, la disponibilidad de una infraestructura óptima, la existencia de un buen número de establecimientos de sanidad distribuidos en todo el territorio nacional, en algunos casos subutilizados o con una capacidad potencial alta de atención, que no obstante se presenten inasistencia a citas, riesgo moral y un elevado nivel de insatisfacción por parte de los usuarios con los servicios prestados.

El análisis de los resultados en términos de utilización de los servicios de carácter epidemiológico, muestra que cambios en el Sistema están cimentados en el aseguramiento, sin embargo, no existe relación con el modelo de atención, el cual no introduce cambios y se convierte en un esquema medicalizado y curativo, sin orientarse a la prevención y promoción.

Finalmente, dado que la base de cotización al Sistema de la Fuerza Pública solo toma en cuenta el salario básico y el subsidio familiar (Que no cuenta para oficiales de mayor grado, siendo inequitativo en la misma fuerza, al reducir la cotización en este segmento) se convierte en un aspecto que deja exento entre un 40% y 50% del ingreso laboral mensual devengado en toda la Fuerza Pública, por lo cual si se tomaran en cuenta factores salariales, como primas, sobresueldos, bonificaciones, comisiones, etc., el aporte al sistema aumentaría de manera proporcional.